Rok XXXVII. Kraków 14. Maja 1898. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra Pareńskiego w krakowskim szpitalu św. Łazarza.

O działaniu leczniczem strofantyny

napisał

Dr. Eljasz Stahr,

Sekundaryusz szpitala.

Dążność do dokładnego i ścisłego oznaczania dawki podawanego choremu leku, jest powodem, że lekarze wolą zapisywać alkaloidy albo glikozydy czyste, niż rośliny, lub wytworzone z nich wyciągi, w których się te alkaloidy, względnie glikozydy znajdują. Lekarz bowiem, polecając samą roślinę w jakiejkolwiek postaci, nie wie, czy przypadkiem ta roślina nie dostanie się choremu w stanie nieświeżym, zleżałym, — a wtedy działać musi wprost przeciwnie, a w każdym razie nie po myśli lekarza; dalej lekarz wtedy nie wie dokładnie, ile tego czynnika działającego podał i czy, obok tego czynnika, któremu działanie przypisuje, niema innego, czasem może i nieobojętnego. Dlatego to teraz, chcąc czynić dokładne i pewne spostrzeżenia, nikt nie poda kory chinowej, lecz chininę w postaci jakiejbądź soli; nie poleci nastoju kulczyby (t-ra nucis vomicae), lecz strychninę i t. d.

Ta właśnie okoliczność spowodowała, że się zwrócono między innymi także i do alkoloidu rośliny, używanej od kilku lat w postaci nastoju, znanej pod nazwą „strophantus".

Strophantus należy do rodziny: *Apocyneae*. Rośnie w Afryce w najrozmaitszych gatunkach, jak: *Strophantus hispidus*, *Strophantus Kombé*, *Strophantus Inée* i t. d. i służy ludożercom wschodnio-afrykańskim do zatruwania strzał. Nasiona tej rośliny, które się dostały z Afryki do naszego handlu, pochodzą czasem z jednego, czasem z kilku gatunków i noszą wspólną nazwę: *Strophantus hispidus*. Wszystkie zawierają silną truciznę, działającą w gwałtowny sposób na serce.

W dziewiątym dziesiątku naszego stulecia wprowadził Fraser *strophantus* do terapii chorób serca, podając, że roślina ta zawdzięcza swe działanie w niej zawartemu glikozydowi, nazwanemu przez niego „Strophantinum" wzoru prawdopodobnie $C_{20}\ H_{24}\ O_{10}$. Glikozyd „strophantinum" ma postać krystaliczną, rozpuszcza się łatwo w wodzie i wyskoku, zaś bardzo trudno w chloroformie i eterze. Na wzór podany przez Frasera nie godzą się wszyscy autorowie; i tak Arnaud podał w roku 1888 wzór $C_{31}\ H_{18}\ O_{12}$, a Laborde: $C_{31}\ H_{41}\ O_{12}$. Nie wszyscy też autorowie godzą się z Fraserem, że pierwiastkiem działającym w tej roślinie jest strofantyna. Do autorów, będących tego samego zdania, należą: E. Hardy i N. Gallois[1]), podczas gdy n. p. Gley[2]), na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego w Paryżu w d. 2 czerwca 1888 r., wypowiedział zdanie, że czynnikiem działającym w *strophantus* nie jest strofantyna, a twierdził to na tej podstawie, że strofantyna, wedle jego spostrzeżeń, miała obniżać diurezę.

Rzecz naturalna, że nim poczęto podawać strofantynę u ludzi, podano ją zwierzętom i to, dla dokładności spostrzeżeń, przeważnie drogą wstrzykiwań w tkankę podskórną, lub do żył.

Paschkis i Zerner[3]) podają, że pół miligrama strofantyny, wstrzykniętej do żyły psa, sprowadza śmierć, przyczem serce pozostaje w stanie skurczu (Tod durch systolischen Herzstillstand).

G. Sée[4]) stosował tą samą drogą większe dawki od 1—4 mgr. Rozróżnia on dwa okresy działania strofantyny: W pierwszym występuje zwolnienie akcyi serca i znaczne podniesienie parcia tętniczego (un ralentissement du coeur plus ou moins marqué et une élévation considérable de la pression arterielle). W drugim zaś okresie, który trwa aż do ustania bicia serca, uważał arytmię, krótkie okresy podniecenia i zwolnienia czynności serca, skurcze, które nie uwidoczniały się na tętnie itd. (des irrégularités, de courtes phases d'excitation et de ralentissement, des systoles avortées etc).

Z tego wysnuł autor wniosek, że należy przetwór ten podawać tam, gdzie chodzi o podniesienie parcia tętniczego i energii skurczowej serca i podawać naturalnie w bardzo małych dawkach, aby wywołać działanie słabsze, niejako pierwszookresowe tego przetworu. To też chwali sobie strofantynę w dawkach $^1/_5$ do $^2/_5$ miligr we wszystkich chorobach serca, a szczególniej w zmianach w zastawce dwudzielnej, a tu przedewszystkiem przy zwężeniu. Akcya serca się wzmacniała, tętno stawało się regularne, nie uważał jednak zmniejszania się obrzęków ani duszności (nawet szkodliwa miała być w dusznicy bolesnej). Ubocznego działania nie uważał żadnego.

Idąc za wskazówką autorów, przeważnie francuskich, zaczęliśmy używać strofantyny, z początku tylko w chorobach serca, a później i w innych cierpieniach i to pierwotnie w dawkach małych, 3 razy dziennie po 1 mlgr. w pigułkach. Używaliśmy wyłącznie strofantynę wyrobu Mercka w Darmstadzie.

[1]) Hardy E. et Gallois N. Sur la matière active du Strophantus hisp. ou Inée. Gaz. méd. de Paris 9 p. 118. 77.

[2]) Vide Semaine Médicale ex 1888 pag. 233.

[3]) Zur Kenntniss der Strophantinwirkung 1887. Wien. med. Jahrbuch.

[4]) G. Sée. Sémaine médicale ex 1888. p. 433 i 434.

Dla ścisłości obserwacyi zapisywaliśmy dokładnie liczbę uderzeń serca na minutę, jakość tętna, co kilka dni zdejmowaliśmy krzywe tętna z tej samej tętnicy i to, o ile się dało, z tego samego miejsca i przy tym samym ucisku, wywieranym na tętnicę. Miejsce na przebiegu tętnicy, gdzie pierwszy raz zdejmowano obraz tętna, znaczyłem, a ustawiając sfigmograf, starałem się zawsze, by w chwili, kiedy go miałem wprawiać w ruch, koniec igiełki sfigmograficznej znajdował się zawsze na tej samej wysokości. W ten sposób miałem niejako dowód, że ucisk wywarty przez przyrząd na tętnicę, jest zawsze ten sam. Pamiętałem również i o tem, by kończyna, do której przypasywałem sfigmograf, była, w czasie spostrzegania, zawsze w tem samem położeniu. Bardzo skrzętnie zapisywałem codziennie rano ilość moczu z minionej doby, jego ciężar gatunkowy, w razie białkomoczu od czasu do czasu notowałem ilość białka zapomocą albuminimetru Essbacha. W spostrzeżeniach pamiętałem także o wielkości bezwzględnego stłumienia sercowego, sile uderzenia koniuszkowego, wielkości wątroby, jakoteż w objawach ogólnych, obrzękach, duszności, sinicy i t. d. Mimo to wszystko, spostrzeżenia sfigmograficzne, już z natury rzeczy nie mogą być doskonałe co do postaci i wysokości tętna i dlatego nie mogą być rozstrzygającemi. Używałem sfigmografu Dudgeona. Jak wiadomo, pelotka tego przyrządu ma zawsze pewne wymiary i nigdy nie można być pewnym, czy punkt obrany na przebiegu tętnicy styka się zawsze z tym samym punktem pelotki, a przesunięcie pelotki o drobną cząstkę milimetra już wystarczy, by zmienić obraz tętna. (Frey [5]). Przekonałem się również, że papierek okopcony przesuwał się w sfigmografie z różną szybkością, zależnie od tego, czy sprężyna przyrządu była w zupełności nakręcona, czy nie. Dlatego, by być pewnym, że zdejmowałem obrazki przy tej samej szybkości, z jaką się poruszał okopcony papierek, zdejmowałem je zawsze przy zupełnie nakręconej sprężynie. Rozumie się samo przez się, że chcąc robić spostrzeżenia nad działaniem strofantyny, pozostawiało się osobę badaną kilka dni przed rozpoczęciem doświadczenia bez wszelkiego leku, a względnie podawałem jej, *ut aliquid fieri videatur*, lek obojętny: napar ślazu, kwas fosforowy i t. p. i notowało się wśród tego czasu, również jak w czasie doświadczeń, ilość moczu, jego ciężar gatunkowy, liczbę uderzeń serca na minutę, zdejmowało się obrazki tętna i t. d.

Doświadczenia moje nad działaniem strofantyny podzielić mogę w ogóle, bez względu na cierpienie, wśród którego ją podawałem, na dwie gromady: do pierwszej zaliczę doświadczenia, gdzie podawałem najwyżej do 4 mgr. dziennie, do drugiej zaś te, w których dawkę stopniowo, lecz stale, powiększałem, dochodząc do 20 mlgr. na dobę.

I.

W 10 przeszło przypadkach, dokładnie spostrzeganych, podawano małe dawki, od 3—4 mgr. na dobę: w 5 przypadkach wady zastawki dwudzielnej, w 2-ch przypadkach wady zastawek tętnicy głównej, 1 raz w przypadku włóknistego zwyrodnienia mięśnia sercowego i wreszcie stósowano u kilku osób, które pozostawały na naszym oddziale tylko w obserwacyi, a leczyły się właściwie w zakładzie prof. Dra Bujwida, z powodu pokąsania przez psy podejrzane o wściekliznę.

Z góry muszę zaznaczyć, że u ludzi zdrowych żadnego zgoła działania strofantyny dopatrzyć się nie mogłem, ani dodatniego, ani ujemnego. Przez cały tydzień podawałem strofantynę w przypadku włóknistego zwyrodnienia mięśnia sercowego (Józef Skarbiński, Nr. Prot. Stanu 5771. Nr. Dz. O.I. A. 932, od 15/XII 1895—9/I 1896). Tętno jak było nieregularne, drobne, wynoszące około 100 uderzeń na minutę, takiem pozostało przez dni sześć, aż wreszcie w dniu siódmym stało się tak drobnem i nieregularnem, że go nie można było zliczyć. Podobnie rzecz się miała z ilością moczu, którego było coraz mniej, obrzęki zwiększały się tak, że po tygodniu trzeba było podać choremu naparstnicę.

Po kilku dniach stan się poprawił, lecz wkrótce wystąpiło powikłanie w postaci włóknikowego zapalenia płuc, które położyło kres życiu chorego. W tym przypadku zawiodła nas strofantyna.

Podobne spostrzeżenie zrobiliśmy w przypadkach wady zastawek półksiężycowych aorty, a przypadków tego rodzaju obserwowaliśmy dwa. W pierwszym (Jan Chudoba, Nr. prot. stanu 5537. Nr. dz. O.I. A. 887, od 29/XI 1895 do 23/XII 1895) podawaliśmy strofantynę od 29/XI 1895, prawie w ciągu miesiąca, bo do 23/XII 1895 r., początkowo 3, a potem 4 miligr. dziennie; wreszcie chory zniecierpliwiony zażądał wypuszczenia go z zakładu. Ilość uderzeń serca na minutę rosła wolno, ale stale, od 60 do 96, przyczem obraz sfigmograficzny tętna wcale się nie zmieniał; po 2-ch tygodniach pokazały się obrzęki, duszność i sinica. W historyi choroby notowano od czasu do czasu napad dusznicy bolesnej; w d. 16/XII pojawił się zawał krwotoczny w płucach (infarctus pulmonum); ilość moczu była coraz mniejsza, w ostatnich dniach pobytu w szpitalu wahała się między 500 a 550 grm. na dobę. Chory zatem opuścił zakład w stanie gorszym niż przybył. Wyszedł bowiem z obrzękami, podczas gdy bez nich przyszedł do szpitala; a do szukania pomocy lekarskiej skłoniły go bóle, występujące przy wysiłkach fizycznych, bóle drące, idące z okolicy serca ku ramieniowi lewemu. Te bóle napadowe zjawiały się w szpitalu i bez wytężania się fizycznego.

Krótkiemi słowy tu nakreślona historya choroby nie bardzo chyba zachęcała do dalszych prób.

(Dokończenie nastąpi).

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wzajemnym stosunku funkcyj żołądkowych i jelitowych

podał

Dr. Józef Wiczkowski,
przełożony pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym.

(Ciąg dalszy).

Celem zbadania chemizmu i mechanizmu żołądkowego posługiwałem się następującymi sposobami:

Do oznaczenia kwasoty ogólnej, kwasu solnego wolnego i utajonego, używałem metody Münza, a w niektórych ra-

[5]) M. Frey. Die Untersuchung des Pulses Berlin. 1892 str. 22.

zach dla kontroli i metody Leo'a. Kwas mlekowy oznaczałem sposobem Uffelmana w wyciągu eterycznym; pepsynę, albumozy, przetwory skrobi, cukier i zaczyn podpuszczkowy, w sposób znany. Dla oznaczenia siły ruchowej żołądka używałem próby salolowej.

DZIAŁ A.

Doświadczenie I. Rozpoznanie: *Carcinoma hepatis primitivum*. A. D. l. 46. Najważniejsze szczegóły ze zbadania stanu obecnego, odnoszące się do narządu pokarmowego [9]) są następujące: Odżywienie dobre. Wątroba powiększona sięga na 3 palce poniżej łuku żebrowego; lewy jej płat sięga aż do linii sutkowej lewej. Na przedniej powierzchni wątroby wyczuć się daje guz wielkości jabłka, bolesny, o powierzchni gładkiej. Po stronie prawej pępka wyczuwalne ciało twarde, nieprzesuwalne, niebolesne, wystające ku przodowi z prawego brzegu wątroby. Przy osłuchiwaniu guza wyżej położonego słyszy się bardzo wyraźne tarcie okołowątrobowe, mniej wyraźne około guza dolnego. Chory miewał od kilku miesięcy, w 2 godziny po przyjęciu pokarmów, nudności; wymiotów ani żółtaczki nie było. Łaknienie zawsze dobre. Stolec prawidłowy. Kiły nie przebywał.

Taki był stan chorego podczas moich doświadczeń. Przez ten czas przybyło go na wadze $1^1/_2$ kilogr. W dwa miesiące potem, po powrocie na klinikę, umarł 13/I 1898, a sekcya wykazała: *Carcinoma hepatis prim. Ascites hemorrhagica. (Patrz Tablica I.)*

U tego chorego, wśród podawania makowca, powiększyła się ogólna kwasota tak po śniadaniu próbnem, jak i po próbnym obiedzie. Ilość wolnego kwasu solnego początkowo się zwiększyła, piątego zaś dnia podawania makowca zmalała. Po soli karlsbadzkiej ogólna kwasota nieco się zmniejszyła, a ilość wolnego kwasu solnego utrzymywała się na dość znacznej wysokości. Dopiero po podaniu silnych środków czyszczących, jak: napój wiedeński, podofilina z aloesem i rzewieniem — znacznie się zmniejszyła ilość kwasu solnego wolnego do 6—4 sz. cnt. $^1/_{10}$ norm. ługu sodowego, a nawet był go brak. Po powtórnem podaniu makowca ilość wolnego kwasu solnego podskoczyła do 30—36 sz. cnt. $^1/_{10}$ n. ł. s.

Ten sam stosunek utrzymuje się i w liczbach przeciętnych: podczas podawania makowca ogólna kwasota treści żołądkowej, po śniadaniu, wynosi 68·5 sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH, po obiedzie 67·6 sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH; ilość kwasu solnego wolnego po śniadaniu **19·3** sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH (0·70347 p. m. HCl), po obiedzie **16·5** sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH (0·60159 p. m. HCl.) W czasie zaś rozwolnienia ogólna kwasota po śniadaniu 55 sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH, po obiedzie 59·6 sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH; ilość zaś kwasu solnego po śniadaniu **12·7** sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH (0·46304 p. m. HCl), po obiedzie **13·6** sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH (0·49485 p. m. HCl). Na przemianę skrobi, na siłę ruchową żołądka (próba salolowa) tak środki czyszczące, jakoteż powstrzymujące stolec pozostały bez wybitnego wpływu.

Doświadczenie II. M. S. Rozpoznanie: *Melancholia*. Najważniejsze szczegóły z wywiadów są: Łaknienie upośledzone. Po spożyciu pokarmów doznaje bólów w dołku podsercowym, czasem pieczenia wzdłuż mostka. Przypadłości powyższe występują i naczczo. Kiły nie przebywał. Chory najwięcej żali się na bóle głowy i na nieokreślone bóle w różnych częściach ciała. Wśród doświadczeń od 24/X do 27/XI ubyło go na wadze blisko 3·5 kilogr. Chory, wyszedłszy z kliniki, zakończył życie samobójstwem. *(Patrz tablica II).*

W pierwszych dniach wyniki doświadczenia były niepewne. Wśród zażywania makowca ilość kwasu solnego wolnego, po śniadaniu, utrzymywała się prawie na tej samej wysokości, jak przed podaniem makowca; po obiedzie zaś był go zupełny brak. Po użyciu środków przeczyszczających (soli karlsbadzkiej) ilość kwasu solnego wolnego, po śniadaniu próbnem, wzmogła się, po obiedzie znów był go brak. Gdym, po kilku dniach przerwy w doświadczeniach, podał znów środki przeczyszczające, *(aqu. laxat. vien., podoph. c. aloe et rheo)* znikł wolny kwas solny, po makowcu zaś wzmogła się jego ilość, tak po śniadaniu, jakoteż po obiedzie; gdym po raz trzeci podał środki przeczyszczające (podophylinum c. aloe et rheo, aqu. laxat. vien.), znów znikł wolny kwas solny.

Doświadczenie III. H. W. l. 16. Rozpoznanie: *Nephritis interstitialis subs. hypertrophia ventriculi cordis sinistri.* Łaknienie dobre, stolec czasem zaparty; w ogóle nie ma żadnych dolegliwości żołądkowych. W czasie doświadczeń od 5/11—27/11 przybyło chorego na wadze $2^1/_2$ klgr. *(Patrz Tablica III).*

W powyższym przypadku, po zażyciu soli karlsbadzkiej, mimo 2—3 wolnych wypróżnień dziennie, ilość kwasu solnego wolnego nie zmniejszała się, owszem bywała nawet większa, niż bez użycia soli. Wynik ten zupełnie zgodny z wyżej wymienionemi doświadczeniami (Leube, Jaworski i inni), zwłaszcza jeżeli uwzględnimy, że wydobywałem treść żołądkową w trzy kwadranse po śniadaniu i w 3 godziny po obiedzie, a sól karlsbadzką podawałem naczczo, na godzinę przed śniadaniem.

Natomiast, po podaniu podofiliny z aloesem i rzewieniem, ilość kwasu solnego wolnego zmniejszała się tak jak w poprzednich przypadkach, a napowrót się wzmagała po podaniu makowca.

Biorąc przeciętne z dat, umieszczonych w tablicy, widzimy, że w dniach przedwstępnych kwasota ogólna wynosi 41 $\frac{n}{10}$ NaOH, kwas solny **22** $\frac{n}{10}$ NaOH (0,80212 p. m.)

po podaniu soli karlsbadzkiej — po śniadaniu próbnem
kwasota ogólna 66,3, kwas solny **26·3** (0·95588 p. m.)
po obiedzie próbnym
kwasota ogólna 85,2, kwas solny **27·2** (0·9937 p. m.)
Po podofilinie z aloesem i rzewieniem — po śniadaniu prób.
kwasota ogólna 67,0, kwas solny **17** (0·61982 p. m,)
po obiedzie próbnym
kwasota ogólna 88·0, kwas solny **16** (0·58336 p. m.)
Po podaniu makowca, po śniadaniu próbnem
kwasota ogólna 74·0, kwas solny **31** (1·13026 p. m.)
po obiedzie próbnym,
kwasota ogólna 113·3, kwas solny **26** (0,94796 p. m.)

Doświadczenie IV. O. S. l. 45. Rozpoznanie: *Neurasthenia cerebrospinalis. Neurosis ventriculi motorica. Ructur nervosus.*

---
[9]) W tym przypadku, jako też w innych następnych, podałem tylko takie szczegóły z wywiadów i ze *status praesens*, które mogą mieć znaczenie dla celów niniejszej pracy.

Łaknienie średnie, odbijanie bez smaku i woni naczczo i po jedzeniu. Ból w okolicy dołka podsercowego, występujący szczególnie rano niezależnie od pokarmów, rozpromieniający się aż do okolicy lędźwiowej. Stolec co 2—3 dni. *(Patrz Tablica IV).*

W tym przypadku środki przeczyszczające *(ol. ricini, podophyl. c. aloe et rheo)* wybitnie zmniejszały ilość wolnego kwasu solnego, a zaparcie wpłynęło na wzmożenie się tak ogólnej kwasoty, jak i kwasu solnego wolnego. Gdy wśród podawania środków przeczyszczających znikł wolny kwas solny z treści żołądkowej, w takim razie potrzeba było dodać mało kwasu solnego, aby wywołać reakcyą wolnego kwasu solnego, czyli, że ilość kwasu solnego, utajonego, pozostała prawie taką samą jak w stosunkach prawidłowych. Tem się tłómaczy, że chemizm żołądkowy, mimo braku wolnego kwasu solnego, był tutaj zachowany.

Przeciętne liczby:

W dniach bez leków — po śniadaniu kwasota ogólna 56 $\frac{n}{10}$ NaOH, kwas solny wolny **12** $\frac{n}{10}$ NaOH (0.43752 p. m.)

Po obiedzie kwasota ogólna 78·6, kwas solny wolny **13** (0·47398 p. m.)

Po środkach przeczyszczających: po śniadaniu kwasota ogólna 52, kwas solny wolny **4** (0,14584 p. m.)

Po obiedzie kwasota ogólna 78·6, kwas solny wolny **6** (0,21876 p. m.)

Po makowcu: po śniadaniu kwasota ogólna 68, kwas solny wolny **22** (0·80212 p. m.)

Po obiedzie kwasota ogólna 68, kwas solny wolny **7** (0,25522 p. m.)

Doświadczenie V. M. T. l. 49. Rozpoznanie: *Catarrhus ventriculi acidus, probabiliter ulcus ventriculi.* Chory skarży się, po spożyciu pokarmów stałych i płynnych, na silne odbijania o smaku kwaśnym, a naczczo o zapachu zgniłych jaj. Doznaje oraz nieprzyjemnego smaku w ustach, pieczenia wzdłuż przełyku i w dołku podsercowym; miewa nudności, prowadzące często do kwaśnych wymiotów. Po jedzeniu doznaje także uczucia pełności i ciśnienia w dołku podsercowym, jakoteż bólów rozpromieniających się wzdłuż obu podżebrzy, aż do kręgosłupa. Łaknienie dobre, do mięsa nie ma pociągu. Stolce co 2—3 dni, zbite. *(Patrz Tablica V).*

Umyślnie wybrałem do doświadczeń chorego ze wzmożoną kwasotą soku żołądkowego, aby i w takim przypadku zbadać wpływ czynności jelitowych na sprawność żołądka.

Przeciętne liczby tak się przedstawiają:

W dniach próbnych (bez środków):

Po śniadaniu kwasota ogólna 32 $\frac{n}{10}$ sz. cnt. NaOH, kwas solny **20** $\frac{n}{10}$ sz. cnt. NaOH (0,72920 p. m.)

Po obiedzie: kwasota ogólna 67·3, kwas solny **26** (0,94796 p. m.)

W dniach przeczyszczań — po śniadaniu kwasota ogólna 76·6, kwas solny **44·6** (1·62511 p. m.)

Po obiedzie: kwasota ogólna 73·0, — kwas solny **28** (1·02084 p. m.)

W dniach zaparcia stolcowego — po śniadaniu kwasota ogólna 64, — kwas solny **21·3** (0,77659 p. m.)

Po obiedzie: kwasota ogólna 96·6 — kwas solny **53·3** (1,94331 p. m.)

Powyższy przypadek wyróżnia się od poprzednich, albowiem wzmożone ruchy jelitowe wzmagają wydzielanie się wolnego kwasu solnego. Przy zaparciu zaś stolca, zwiększa się, tak samo jak dotychczas wykazywałem, i kwasota ogólna i ilość wolnego kwasu solnego, szczególnie po obfitem stałem pożywieniu.

Na tym przypadku zakończyłem doświadczenia na chorych, u których sztucznie, zapomocą środków wewnętrznie podanych, wywoływałem rozwolnienie lub zaparcie stolca. Na podstawie wyników stąd otrzymanych, mogę odpowiedzieć na pytania, zadane na początku mej pracy, a mianowicie: czy czynności jelitowe wywierają wpływ na sprawność żołądka, a jeżeli wywierają, to w jakim kierunku? **Rzeczywiście widomy i stały jest wpływ, albowiem przyspieszeniu ruchów robaczkowych jelit i wzmożonej wydzielinie soków jelitowych towarzyszy zmniejszenie się ilości wydzielonego wolnego kwasu solnego, a z osłabieniem i zwolnieniem się ruchów jelit idzie w parze wzmożenie się ilości wolnego kwasu solnego** (z wyjątkiem przypadku V. z nadmierną kwasotą żołądkową, w którym, po środkach przeczyszczających *(ol. ric., podophyll. c. aloe et rheo, aqu. laxat. vienens.)* wzmogła się ilość wolnego kwasu solnego, ale wzmogła się oraz po podaniu środka powstrzymującego (tr. opii).

Jedyny wyjątek stanowi sól karlsbadzka, po której użyciu ilość wolnego kwasu solnego się zwiększała, co zresztą jest zgodne z doświadczeniami autorów powyżej przytoczonych.

Nie dało mi się z drugiej strony wykazać wpływu rozwolnienia i zaparcia stolcowego na siłę wessalności żołądka i na siłę ruchową żołądka.

Tutaj zastrzedz się winienem przed zarzutem, jaki mógłby mnie spotkać, że wynik powyższy doświadczeń moich należy raczej przypisać wpływowi samych środków (przeczyszczających i powstrzymujących stolce), aniżeli stanowi jelit przez nie wywołanemu W odpowiedzi powołam się na najnowsze prace Kleina [10]) i na pracę A. D. Abutkowa [11]). Według nich takie leki, jak morfina, makowiec, pozostają bez wpływu na czynności żołądka przez pierwsze dni ich używania. Dopiero po dłuższem podawaniu może się wywiązać osłabienie i zwolnienie sprawy wydzielniczej w żołądku. Zresztą najsilniejszego dowodu dostarczą nam przypadki chorobowe zaparcia stolcowego i rozwolnienia, (a więc bez podania jakichkolwiek środków) które poddałem ścisłemu badaniu w kierunku założenia mej pracy, aby się przekonać, o ile wyniki powyżej wymienione znajdą tutaj zastosowanie i potwierdzenie, i to stanowi przedmiot działu B.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

---

[10]) Kleine: Der Einfluss der Morphiums auf die Salzsäuresecretion des Magens. Deutsch. med. Woch. 1897. Nr. 21.

[11]) A. D. Abutkow: Ueber die hemmende Wirkung des opium, morphium und codein auf die Magenverdauung und die Salzsäuresecretion beim Gesunden. St. Petersburg Inaug. Diss. 1890.

Tablica I.

A. D. *Carcinoma hepatis primitivum.*

Data	Po śniadaniu: kwasota ogólna	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Po obiedzie: kwasota ogólna	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	UWAGA
3/11	74	—	—	—	—	—	—	28	12	brak	obecne	—	—	—	—	próba białkowa
4/11	—	—	—	—	—	—	—	54	16	brak	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	wybitny	0·006	1½	
5/11	70	30	—	wybitny	amidulin	obecny	0·006%	22	wybitny	—	—	—	—	—	—	20 *gtts. opii* 2 stolce
6/11	48	ślad	—	wybitny	erytrodekstryna	obecny	0·008	96	18	wybitny	obecne	achroodekstryna	wybitny	ślad	2	20 *gtts. opii* nie było stolca
7/11	—	—	—	—	—	—	—	88	20	wybitny	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	wybitny	—	2	20 *gtts. opii* 1 stolec
8/11	64	16	ślad	obecne	erytrodekstryna	wybitny	0·008	54	12	ślad	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	ślad	0·006	2	30 *gtts. opii* brak stolca
9/11	92	12	wybitny	obecne	—	—	—	78	16	ślad	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	wybitny	—	2	30 *gtts. opii* 1 stolec
10/11	66	20	ślad	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	—	0·007	50	20	ślad	obecne	—	wybitny	—	1½	2 łyżeczki soli karlsbadzkiej 1 stolec wolny
11/11	—	—	—	—	—	—	—	72	32	—	wybitne	—	—	0·007	½	2 łyżeczki soli karlsbadzkiej 1 stolec wolny
12/11	80	—	ślad	ślad	amidulin	wybitny	ślad	34	6	—	—	—	—	—	1½	50 grm. *aq. laxat. vien.* 3 stolce płynne
13/11	28	—	wybitny	ślady	amidulin	wybitny	ślad 0·008	42	4	wybitny	ślady	—	wybitny	ślad	2	4 pig. *podoph. c. aloe et rheo* 4 stolce płynne
14/11	46	14	ślad	ślady	amidulin	ślad	0.02	90	6	wybitny	ślady	erytrodekstryna	wybitny	ślad	1½	4 pig. *podoph. c. aloe et rheo* 4 stolce płynne
16/11	42	14	wybitny	ślad	amidulin	wybitny	0·02	60	36	ślad	wybitne	achroodekstryna	—	0·004	2	*extr. opii 0·06 pro die* 1 stolec
17/11	64	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	*extr. opii 0·06 pro die* brak stolca

Tablica II A.

M. S. *Melancholia.*																
Po śniadaniu								Po obiedzie								Uwaga
Data	kwasota ogólna	kwas solny wolny	kwas mlekowy	pepsyna peptony	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	kwasota ogólna	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	
23/10	62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	próba białkowa
24/10	88	20	—	wybitne	erytrodekstryna	wybitny	0·006%	—	—	—	—	—	—	—	—	1 stolec
25/10	64	20	—	wybitne	erytrodekstryna	ślad	0·005%	80	32	—	wybitne	erytrodekstryna	ślad	0·006%	$1\frac{1}{2}$	1 stolec
26/10	60	16	—	wybitne	erytrodekstryna	ślad	0·006%	20	12	—	wybitne	erytrodekstryna	ślad	—	$1\frac{1}{2}$	*Tnct. opii gtts.* 20 brak stolca
27/10	68	16	—	ślady	erytrodekstryna	wybitny	0·006%	22	—	ślad	ślad	achroodekstryna	wybitny	0·006	1	*Tnct. opii gtts.* 20 brak stolca
28/10	50	20	ślad	ślady	erytrodekstryna	ślad	0·005%	24	—	ślad	ślad	erytrodekstryna	wybitny	0·006	1	*Tnct. opii* brak stolca
29/10	—	—	—	—	—	—	—	26	—	—	ślad	achroodekstryna	ślad	0·007	2	2 łyżki *ol. ricini* 2 stolce płynne
30/10	50	28	—	obecne	erytrodekstryna	wybitny	0·006%	22	16	—	obecne	achroodekstryna	—	0·007	$1\frac{1}{2}$	2 łyżki *ol. ricini* 3 stolce płynne
31/10	70	30	ślad	obecne	erytrodekstryna	ślad	—	36	—	—	ślad	achroodekstryna	ślad	0·006	1	1 stolec
1/11	50	30	ślad	ślady	erytrodekstryna	ślady	0·005%	alkalicz.	—	—	ślad	achroodekstryna	brak	0·007	$\frac{1}{2}$	2 łyżeczki soli karlsbadzkiej 3 stolce płynne
2/11	18	20	—	ślady	erytrodekstryna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2 łyżeczki soli karlsbadzkiej 2 stolce płynne

od 2/11 do 8/11 pauza z powodu krwi w treści żołądkowej

Tablica II B.

M. S. *Melancholia.*																
	Po śniadaniu							Po obiedzie								Uwaga
Data	ogólna kwasota	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	ogólna kwasota	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	
8/11	52	16	—	ślady wybitne	erytrodekstryna	obecny	0·006	8	wolny	—	ślad nieznaczny	erytrodekstryna	—	—	1½	50 grm. *aq. laxat. vien.* 3 stolce płynne
9/11	24	—	ślady	ślad	erytrodekstryna	—	0·007	30	—	—	ślad nieznaczny	erytrodekstryna	—	—	2	50 grm. *aq. laxat. vien.* 3 stolce płynne
10/11	32	—	ślad	ślad	erytrodekstryna	—	0·008	44	—	—	ślad	—	—	—	2	50 grm. *aq. laxat. vien.* 2 stolce płynne
11/11	64	10	ślad	ślad	erytrodekstryna	wybitny	0·008	22	—	—	—	—	—	—	—	3 pig. *podophylin. c. aloe et rheo* 2 stolce płynne
12/11	54	4	—	ślad	achroodekstryna erytrodekstryna	—	0·007	42	—	ślad	ślad	—	—	—	1½	4 pig. *podophylin. c. aloe et rheo* 2 stolce płynne
13/11	62	18	—	wybitn.	amidulin	wybitny	0·006	60	10	ślad	ślad	amidulin	ślad	—	2	3 pr. *opium* à 0·02 brak stolca
14/11	54	24	ślad	ślad	erytrodekstryna	ślad	0·005	60	26	—	wybitny	—	ślad	—	½	*opium* 0·06 brak stolca
15/11	50	14	ślad	ślad	amidulin	wybitny	0·007	—	—	—	—	—	—	—	1½	*opium* 0·06 brak stolca
17/11	—	—	—	—	—	—	—	86	26	—	ślad	erytrodekstryna	ślad	—	—	*podophyl c. aloe et rheo* 3 stolce
18/11	—	—	—	—	—	—	—	52	0·4	—	ślad	erytrodekstryna	wybitny	—	1	*podophyl. c. aloe et rheo* 2 stolce
19/11	68	—	ślad	ślad	amidulin	—	0·008	48	—	ślad	ślad	erytrodekstryna	—	—	½	*aq. laxat. vien.* 3 stolce
20/11	70	14	ślad	ślad	achroodekstryna erytrodekstryna	—	0·02	88	—	ślad	ślad	erytrodekstryna	—	—	1	— brak stolca

Tablica III.

H. W. *Nephritis interstitialis.*																
	Po śniadaniu							Po obiedzie								Uwagi
Data	ogólna kwasota	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	ogólna kwasota	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	
3/11	66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2½	Próba białkowa
4/11	48	26	—	wybitne	erytrodekstryna	wybitny	ślad	28	12	—	obecne	erytrodekstryna	wybitny	0·006	2½	—
5/11	34	16	—	wybitne	erytrodekstryna	ślad	—	98	32	—	—	—	—	—	—	3 stolce łyżeczka soli karlsbadzkiej
6/11	48	16	—	—	—	—	—	66	30	—	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	wybitny	ślad	1½	1 stolec
7/11	—	—	—	—	—	—	—	66	30	—	obecne	achroodekstryna	wybitny	ślad	1½	3 stolce łyżeczka soli karlsbadzkiej
8/11	74	30	—	obecne	erytrodekstryna	obecny	ślad	68	28	—	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	wybitny	ślad	1½	3 stolce łyżeczka soli karlsbadzkiej
9/11	44	18	—	obecne	erytrodekstryna	wybitny	ślad	68	26	ślad	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	obecny	0·008	1½	1 stolec
10/11	36	14	—	—	—	—	—	104	22	ślad	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	brak	ślad	1	2 stolce płynne łyżeczka soli karlsbadzkiej
11/11	74	28	—	ślady	amidulin	wybitny	—	134	26	wybitny	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	brak	ślad	2	3 stolce płynne łyżeczka soli karlsbadzkiej
12/11	78	28	—	ślady	amidulin	wybitny	0·004	64	16	—	—	erytrodekstryna	—	—	1½	3 stolce płynne łyżeczka soli karlsbadzkiej
13/11	78	30	—	wybitne	amidulin	—	ślad	92	42	—	wybitne	amidulin	brak	ślad	1½	3 stolce płynne łyżeczka soli karlsbadzkiej
14/11	80	36	ślad	obecne	amidulin	—	ślad	—	—	—	—	—	—	—	—	łyżeczka soli karlsbadzkiej
15/11	—	—	—	—	—	—	—	68	—	wybitny ślad	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	brak	0·008	1½	7 stolców płynnych 2 pigułki *podophylin c. aloe et rheo*
16/11	78	22	ślad	obecne	amidulin	obecny	0·02%	104	24	wybitny	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	brak	0·008	2	5 stolców płynnych 2 pigułki *podophylin. c. aloe et rheo*
17/11	56	12	ślad	obecne	amidulin	wybitny	0·007	72	18	ślad	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	obecny	0·007	1½	5 stolców płynnych 2 pigułki *podophylin. c. aloe et rheo*
18/11	76	32	brak	obecne	amidulin	wybitny	—	90	12	—	—	—	—	—	1	brak stolca *opium 0·04 pro die*
19/11	62	32	ślad	obecne	amidulin	wybitny	—	122	34	ślad	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	—	—	1	brak stolca *opium 0·04 pro die*
20/11	84	20	ślad	wybitne	amidulin	—	—	128	22	—	—	—	—	—	1	brak stolca *opium 0·04 pro die*

Tablica IV.

O. S. *Neurasthenia cerebrospinalis: Neurosis ventriculi motorica. Ructus nervosus.*

Data	Po śniadaniu: ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Po obiedzie: ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	Uwagi
9/12	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1½	Treść wydobyta na czczo po wlaniu 200 sz. cm. wody.
—	8	4	4	—	—	—	wybitne	—	—	—	46	12	28	—	6	—	wybitne	—	ślad	0·006%	—	Próba białkowa (na czczo) dodano 100 sz. cm. wody.
10/12	26	12	6	—	8	ślad	wybitne	amidul.	wybitny	0·005%	92	18	64	—	10	ślad	wybitne	amidul.	obecny	0·005%	1	brak stolca
11/12	86	12	66	—	8	ślad	wybitne	amidul.	wybitny	0·006%	92	14	68	—	10	ślad	wybitne	amidul.	obecny	0·006%	½	1 stolec
12/12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	52	8	30	—	14	ślad	wybitne	amidul.	obecny	0·006%	2½	1 stolec
13/12	52	—	—	4	10	ślad	obecne	amidul.	wybitny	0·007%	94	10	72	—	12	ślad	wybitne	erytrodeks.	ślad	0·005%	1½	Dwie łyżki olejku rącznikowego 3 stolce wodniste.
14/12	44	2	36	—	6	ślad	ślady	amidul.	obecny	0·007%	78	8	62	—	8	ślad	wybitne	erytrodeks	—	0·006%	1½	Trzy pig. *podoph. c. aloe et rheo* 4 stolce płynne.
15/12	60	10	36	—	14	ślad	obecne	erytrodeks.	—	0·007%	64	—	—	6	6	ślad	wybitne	erytrodeks.	—	—	1½	Trzy pig. *podoph. c. rheo et aloe* 3 stolce płynne.
16/12	56	6	46	—	4	ślad	obecne	erytrodeks.	—	0·006%	38	—	—	10	4	ślad	wybitne	erytrodeks.	—	—	1½	Trzy pig. *podoph. c. aloe et rheo* 3 stolce płynne.
17/12	78	34	18	—	26	ślad	wybitne	amidul.	wybitny	0·005%	64	8	50	—	6	ślad	wybitne	erytrodeks.	—	—	1½	*Trac opii gtts 30* brak stolca.
18/12	70	26	38	—	6	—	wybitne	amidul.	wybitny	0·006%	102	12	80	—	10	ślad	wybitne	erytrodeks	wybitne	—	1	*Trac opii simpl. gtts. 30* brak stolca
21/12	88	8	74	—	6	—	wybitne	erytrodeks.	wybitny	0·007%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Tablica V.

M. T. *Catarrhus ventriculi acidus, probabiliter ulcus ventriculi.*

Data	Po śniadaniu: ogólna kwasota	Po śniadaniu: wolny kwas solny	Po śniadaniu: utajony kwas solny	Po śniadaniu: kwasy tłuszczowe	Po śniadaniu: kwas mlekowy	Po śniadaniu: pepsyna peptony	Po śniadaniu: przetwory skrobi	Po śniadaniu: cukier	Po obiedzie: ogólna kwasota	Po obiedzie: wolny kwas solny	Po obiedzie: utajony kwas solny	Po obiedzie: kwasy tłuszczowe	Po obiedzie: kwas mlekowy	Po obiedzie: pepsyna peptony	Po obiedzie: przetwory skrobi	Po obiedzie: cukier	Po obiedzie: białko surowicze	Po obiedzie: salol w moczu w godzin	Uwagi
9/12	26	20	6	—	—	—	—	—	28	10	18	—	—	wybitne	—	—	—	1	Treść na czczo wydobyta około 50 cm.
10/12	46	24	22	—	—	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	—	68	38	28	2	—	wybitne	—	—	—	1½	2 stolce
11/12	24	16	8	—	—	wybitne	achroodekstryna	—	106	58	46	2	—	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	—	ślad	1	brak stolca
13/12	72	30	34	8	ślad	ślad	erytrodekstryna	wybitny	94	46	38	10	ślad	wybitne	—	—	—	3	2 łyżki *Ol. Ricini* 3 stolce płynne
14/12	92	20	60	12	—	ślad	erytrodekstryna	—	16	8	—	8	—	ślad	—	—	—	1	*Podophyllin c. aloë* 2 stolce płynne
15/12	76	44	22	8	—	wybitne	erytrodekstryna	—	120	30	80	10	ślad	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	—	—	1	*Podophyll. c. aloë* 2 stolce płynne
16/12	86	52	26	8	ślad	obecne	amidulin	ślad	96	36	52	10	wybitny	wybitne	—	obecny	—	—	*30 gtts. tct. opii* brak stolca
17/12	34	8	22	4	—	ślad	erytrodekstryna	wybitny	102	60	42	—	—	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	ślad	—	½	*30 gtts. tct. opii* brak stolca
18/12	72	30	36	6	—	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	ślad	92	64	56	2	—	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	obecny	—	½	*30 gtts. tct. opii* brak stolca
21/12	62	26	32	4	ślad	wybitne	erytrodekstryna	wybitny	100	40	56	4	—	wybitne	erytrodekstryna	ślad	—	½	*Aq. laxat. vienens.* 3 stolce płynne

III. Ważniejsze przypadki z oddziału Prof. Pieniążka dla chorób krtani, gardła i nosa

w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie

zestawił

Doc. Dr. Aleksander Baurowicz,
asystent uniwersytecki oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Przypadek krwotoku nosowego (epistaxis) dlatego głównie przytaczam, iż dotyczył on chorego, dotkniętego plamicą Werlhofa (morbus maculosus Werlhofi). Wezwany na oddział, zastałem chłopca apatycznego, okazującego objawy znacznej niedokrewności; nozdrza chorego zatkane były Penguar Jambi, a okolica ich popaloną sześciochlorkiem żelaza. Od rodziców chorego dowiedziałem się, iż syn ich od 8 miesięcy dostaje czerwonych plamek na skórze, zaś w miejscu uciśnięcia, lub najmniejszego uderzenia, powstają wynaczynienia podskórne, a wreszcie, iż w ustach tworzą mu się od czasu do czasu krwawe pęcherzyki. Przed kilku miesiącami był raz obfity krwotok nosowy, który obecnie powtórzył się.

Przekonawszy się, iż chory przestał krwawić, mianowicie iż krew nie spływała ku tyłowi do jamy nosowo-gardłowej, lubo tę ostatnią jak i jamę gardła, znalazłem wypełnioną świeżymi skrzepami, ułożyłem chorego w łóżku na wznak zupełnie poziomo, gdyż przy każdem podniesieniu omdlewał; tętno chorego było bardzo drobne, ledwo wymacalne. Na skórze znalazłem liczne plamki, barwy, od żywo czerwonej do sinej, obok większych wynaczynień podskórnych, okazujących różne zabarwienie; na błonach śluzowych ust, gardła i krtani, oprócz bladości, nic nieprawidłowego. Po dwóch dniach, gdy ogólny stan chorego się nieco poprawił, usunąłem mu zatyczki z Penguar Jambi, które jak się przekonałem, pozornie tylko działały, bo wprowadzone były za płytko, by mogły zatrzymać krwotok; a chociaż krew przestała wypływać z nozdrzy przednich, przecież spływała dalej ku tyłowi aż w końcu krwawienie samo ustało; ja zastałem chorego już w chwili ustania krwawienia. Po oczyszczeniu nosa, spostrzegłem znowu krwawienie, ale tylko z przegrody po stronie lewej; miejsce krwawiące okazywało powierzchnię o wejrzeniu, jakby gąbki; natomiast błona śluzowa prawej strony przegrody była zupełnie bez zmian. Prawdopodobnie krwawiło tu i poprzednio z jednej tylko strony, a krew wydobywająca się z drugiego otworu nosowego, dostawała się z jamy nosowo-gardłowej do przeciwnej jamy nosowej i następnie wypływała na zewnątrz.

Ze względu na wystąpienie znowu dość obfitego krwawienia, założyłem gazę jodoformową, którą pozostawiłem dwa dni; po wyjęciu jej krwotok nie odnowił się; powierzchnię zaś części przegrody, pozbawionej przybłonka, pokryłem strupem wywołanym lapisem. W czasie obserwacyi w szpitalu miałem sposobność spostrzegać u tego chorego wystąpienie na dziąsłach pęcherzyków, wypełnionych cieczą krwawą, obok kilku małych wynaczynień w błonie śluzowej, na migdałkach i łukach.

Dalej obserwowaliśmy przypadek tak zwanego polipa krwawiącego przegrody nosowej, różniącego się do pewnego stopnia od podobnego przypadku, ogłoszonego pierwotnie w *Przeglądzie lekarskim* (1897 Nr. 8 i 9). Dotyczył on mianowicie mężczyzny, liczącego lat 32, od którego dowiedzieliśmy się, iż od przeszło 5 lat zatyka mu prawą stronę nosa, co, po krwotoku z tej strony nosa, zawsze bardzo obfitym, ustaje na pewien czas, wraca jednak napowrót.

Badanie wykazało w górnej przedniej części przegrody chrząstnej, po stronie prawej, guz wielkości fasoli, o powierzchni nierównej, zabarwienia ciemno-czerwonego, w całości pokryty przybłonkiem. Guz ten, usadowiony był na wązkiej, krótkiej szypule, za dotykiem okazywał zbitość elastyczną, nie krwawił. Nadto, tak po stronie prawej, gdzie był usadowiony, jak i po lewej, znalazłem wybitny suchy nieżyt, ograniczony do przedniej części przegrody nosowej (Rhinitis sicca anterior Siebenmann). Guz ten odgniotłem pętlą zimną, przyczem obserwowałem, przy każdym wydechu, krwawienie sporym prądem; pośpiesznie więc założyłem tampon z gazy jodoformowej, który po dwóch dniach wyjąłem. Nie krwawiło więcej, do leczenia zaś nieżytu suchego przegrody, dano choremu maść Hebry.

Klinicznie różnił się przypadek ten od opisanego poprzednio (l. c.); najpierw dotyczył mężczyzny, okazującego typowy obraz suchego nieżytu przegrody nosowej, mającego usposabiać do powstawania guzów krwawiących w tem miejscu. W pierwszym przypadku powierzchnia guza była gładka, za dotykiem guz miękki krwawił bardzo łatwo, podczas gdy w tym przypadku guz okazywał powierzchnię nierówną, zbliżoną wejrzeniem do brodawczaka, był zbitości elastycznej i nie krwawił za dotykiem. Odpowiednio też i obraz drobnowidowy przedstawiał pewne różnice, okazując włókniaka nie tak miękkiego jak w pierwszym przypadku, ale więcej zbitego. W każdym razie jednak, w obu naszych przypadkach, guz przedstawiał się jako nowotwór dobrotliwy, włókniak naczyniasty (fibroma teleangiectodes).

Przypadek urazowego krwiaka przegrody, dotyczył dziewczynki $2^1/_2$ lat liczącej, która, na trzy tygodnie przed przedstawieniem się nam, siedząc przy stole na zwykłem krześle, pociągnęła za ceratę i uderzyła się grzbietem nosa o krawędź stołu; początkowo z nosa krwawiło przez 10 minut, poczem chorej zatkało zupełnie nos i stan ten trwał aż do dnia przybycia do nas.

Grzbiet nosa, na granicy między częścią kostną a chrząstną nieco zapadły, okazuje w tem miejscu podatność. Po obu stronach części przedniej przegrody, zaraz z samego przodu, widać guz o powierzchni gładkiej, zabarwienia prawidłowej błony śluzowej. Guz ten przylega bezpośrednio do bocznych ścian nosowych tak, że tylnej granicy jego obejrzeć nie można. Za dotykiem guza zgłębnikiem uczuwa się wyraźne chełbotanie, przechodzące na stronę przeciwną guza. Oddechanie przez nos było zupełnie zniesione; igłą wyciągnięto płyn ropiasty. Nacięto następnie guz od strony lewej, dolną część jego wycięto nożyczkami, poczem wytamponowano jamę guza gazą jodoformową. Tampon zmieniano codziennie, a gdy ropienie ustało, wstrzyknięto do jamy guza nieco nalewki jodowej, a następnie ściany guza, ugnieciono z obu stron tamponami, by przyspieszyć zlepienie się blaszek, które miały zastąpić brak przegrody chrząstnej. Chora po kilku dniach, z wytworzoną przegrodą błoniastą i oddechem przez nos zupełnie wolnym, opuściła szpital.

Do ciekawszych przypadków zaliczam dalsze dwa przypadki krwiaków przegrody nosowej, jeden ura-

zowy, drugi samoistny, które klinicznie o tyle się różniły, iż w pierwszym, z powodu dłuższego upływu czasu od chwili urazu, przyszło już do przeistoczenia się wydzieliny krwawej w ciecz ropiastą i przedziurawienia przegrody; w drugim zaś świeżym przypadku przegroda została zachowaną. W obu razach leczono przez otwarcie krwiaka i zakładanie następowo tamponów, uciskając z obu stron.

Ropni okołomigdałkowych było razem 21 przypadków, które jednak nietylko klinicznie, ale też i ze względu na rokowanie i leczenie należało rozdzielić na dwie gromady, na ropnie obok migdałka i ropnie poza nim, względnie w łuku tylnym. Tych ostatnich spostrzegaliśmy sześć przypadków, a w dwóch z nich sprawa zapalna rozciągała się w dół, aż na wejście do krtani; raz połowa powierzchni językowej nagłośni, odpowiadającej ropniowi i fałd nalewkowo-nagłośniowy tej strony, przedstawiały obraz obrzęku ostrego; w drugim przypadku zajęta była cała nagłośnia, fałd nalewkowo-głośniowy i chrząstka nalewkowa. Jak zwykle w przypadkach ropni pozamigdałkowych poleciliśmy okłady ciepłe, obok płókań ciepłych, unikając otwierania tych ropni, nie dającego się w wielu razach wprost uskutecznić, ze względu na różne usadowienie się ropnia. Zresztą ropnie w tej okolicy, przy przytoczonem leczeniu, zwykle szybko otwierają się same, przyczem zauważyć można stale niezbyt obfitą ilość ropy; miejsce otwarcia się ropnia najczęściej jest od przodu łuku tylnego, na przejściu jego ku podniebieniu miękkiemu, mniej lub więcej bliżej migdałka. Przypadek pierwszy usunął się z pod obserwacyi, drugi zaś, który dotyczył jednej z Sióstr miłosierdzia, zamieszkałych w szpitalu, miałem sposobność spostrzegać przez cały czas trwania choroby, po dwa razy dziennie, i zebrać bardzo cenne spostrzeżenia. Otóż w przypadku tym, jak już wspomniałem, obok ropnia pozamigdałkowego, znalazłem obrzmienie nagłośni, fałdu nalewkowo-nagłośniowego i chrząstki nalewkowej, podobnie jak przy ropniu strony prawej. Obrzęk znaczny jednej połowy przedsionka utrudniał nieco oddech chorej; a wszystko razem miało trwać drugi dzień. Ruchomość zajętej połowy krtani była zachowaną; gruczoły chłonne po stronie prawej szyi znalazłem powiększone, bolesne. Poleciłem natychmiast pozostanie w łóżku, ciepłe okłady z siemienia lnianego, ciepłe płókania z odwaru korzeni ślazowych, a wreszcie wdychiwanie roztworu cynku z morfiną. Do wieczora obraz krtani nie uległ zmianie, natomiast sprawa zapalna pozamigdałkiem nasiliła się, co było zresztą pożądanym efektem stosowanego ciepła. Następnego dnia rano dołączyła się chrypka, silne zaczerwienienie i obrzmienie prawej struny prawdziwej, obrzmienie prawie na całej chrząstce nalewkowej przybrało wejrzenie czerwone, do czego przyłączyło się zupełne zniesienie ruchów prawej połowy krtani i ustawienie więzadła w ułożenie fonacyjne; oddech chorej był wyraźnie cięższy, niż dnia poprzedniego, podała ona, iż z powodu utrudnionego oddechania zasnąć ani na chwilę nie mogła. Energiczne leczenie, jak wyżej podałem; pod wieczór objawy zapalne poza migdałkiem bardzo silne, znaczny obrzęk języczka, nigdzie jednak zgłębnikiem nie można wyczuć w nacieku tym miejsca podatniejszego, a właśnie w tym przypadku, przy zachowaniu ostrożności, można było wykonać nakłócie. Następnego dnia rano, a więc piątego dnia choroby, zastałem stan ogólny chorej znacznie lepszy i dowiedziałem się, iż nad ranem pękł „wrzód“ w gardle; objawy utrudnionego oddechu i bóle przy przełykaniu utrzymywały się jak pierwotnie, miejscowo też obraz w krtani nie uległ zmianie. Wieczorem zauważyłem ustępowanie obrzęku z nagłośni, a na drugi dzień rano obraz w krtani zmienił się już do niepoznania, obrzęk w przedsionku zmalał a i ruchomość tej połowy krtani zaczęła wracać; do następnego dnia (7-my dzień choroby) obrzęk ustąpił zupełnie, ruchomość wróciła także, wreszcie i zaczerwienienie więzadła niebawem ustąpiło, jedynie tylko powiększenie gruczołów na szyi utrzymywało się jeszcze przez dłuższy czas.

Był to więc przypadek zasługujący klinicznie dlatego na uwagę, iż mimo tego, iż sprawa zapalna w krtani sięgała głęboko i sprowadziła nawet unieruchomienie strony zajętej, przecież naciek zapalny uległ zupełnie wessaniu, nie pozostawiając po sobie żadnych następstw, a powtóre dlatego, iż w nim, podobnie jak w pierwszym przypadku zapalenia, przypuszczać można, iż drogą migdałka przyszło do następowego zakażenia tkanki podśluzowej krtani.

Z przypadków porażeń nerwu zwrotnego przytaczam szczególnie jeden, gdzie, przy operacyi (Prof. Obaliński), gruczołów gruźliczych na szyi, po stronie lewej, musiano wyciąć kawałek nerwu błędnego, co pociągnęło za sobą porażenie nerwu zwrotnego lewego i lewej połowy podniebienia miękkiego, dając cenny przyczynek dla nauki o unerwieniu podniebienia miękkiego.

W jednym z licznych przypadków wola (wszystkich przypadków 31, a z tego 17 przypadków z ugnieceniem tchawicy, raz *e strumate carcinomatosa*), bez ugniecenia tchawicy, obserwowano, obok przesunięcia krtani na stronę lewą, wypuklenie bocznej i tylnej ściany gardła od strony prawej i obrzęk szczytu chrząstki nalewkowej prawej.

Ciał obcych w drogach oddechowych, względnie pokarmowych, było razem przypadków 5, raz w nosie (groch), raz w dolnym odcinku gardła przy wejściu do przełyku (igła), wreszcie 3 razy w samym przełyku (raz kość z wołu, raz z kurczęcia, a raz kęs mięsny bez kości). Igła, o której wspominam, wbiła się skośnie między tylną płaszczyzną chrząstki nalewkowej lewej a ścianą gardła od strony prawej; widząc wyraźnie, iż koniec ostry igły tkwi w chrząstce nalewkowej, po znieczuleniu powierzchownem chorego, szczypczykami Schröttera chwyciłem igłę bliżej jej końca cieńszego, wsunąłem koniec jej ostry głębiej, a uwolniwszy uszko, z łatwością igłę na zewnątrz wydobyć mogłem. Przypadek ten nastąpił, nie jak to zwykle bywa, z powodu nieostrożnego trzymania igły w ustach, ale przydarzył się mężczyźnie podczas jedzenia kapusty.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Ołtuszewski: **O znaczeniu ośrodków skojarzeniowych Flechsiga dla badań nad rozwojem umysłu, mowy, psychologii mowy, oraz nauki o niemocie.** *Medycyna*, 1897.

Flechsig na zasadzie badań anatomicznych nad mózgami zarodków i noworodków odróżnia w korze mózgowej ośrodki zmysłowe (czucia cielesnego, węchu, słuchu, oraz wzroku), rozwijające się dość wcześnie po urodzeniu i służące do uświadamiania wrażeń zmysłowych bez domieszki wspomnień, oraz leżące między niemi ośrodki skojarzeniowe, powstające dopiero w kilka miesięcy po urodzeniu,

których czynność polega na kojarzeniu różnych obszarów zmysłowych kory, a więc uskutecznianiu spostrzeżeń we właściwem tego słowa znaczeniu. Ośrodki zmysłowe zajmują tylko $^1/_3$ kory, mają stałą lokalizacyę i z nich, lub w ich pobliżu, wychodzą wszystkie nerwy ruchowe, są więc ośrodkami czuciowo-ruchowymi. Ośrodki skojarzeniowe (przedni, średni i tylny) nie stoją w żadnym związku z nerwami czuciowo-ruchowymi ośrodków zmysłowych, a odbywające się tu kojarzenia są udziałem licznych gromad komórek. Mniemanie to stanowi rdzenną różnicę między stanowiskiem Flechsiga, a dawniejszemi teoryami Maynerta, Wernickego i innych, utrzymujących, że różne ośrodki zmysłowe są z sobą złączone bezpośrednio z włóknami kojarzącemi.

Flechsig przypisuje średniemu ośrodkowi skojarzeniowemu ważną rolę w mechanizmie mowy, gdyż tu odbywają się kojarzenia wrażeń słuchowych, ruchowych i dotykowo-czuciowych, biorących udział przy mowie; ośrodkowi zaś tylnemu, oprócz uskuteczniania spostrzeżeń, wyznacza czynność łączenia wyobrażeń naszych z wyrazami, oraz zdolność wspomnień wyrazowych [1]).

Wyniki przedstawionych badań Flechsiga, wedle zapatrywania Dra O., opartego na własnych badaniach umysłowości i mowy u dziecka, zgadzają się w zupełności ze spostrzeżeniami nad rozwojem umysłowym człowieka, gdyż kojarzenia wrażeń otrzymanych przez różne zmysły, uczucia wyższe i wola popędowa, jako wymagające wyobrażeń, powstają u noworodków dopiero w 4 miesiące. To samo dotyczy świadomości przedmiotowej.

Różnica w zapatrywaniu się na psychologię mowy, a więc opartej na niej nauce o niemocie, między Drem O. a Flechsigem, polega na nieuwzględnieniu, przez tego znakomitego badacza, podstawy psychofizyologicznej rozwoju mowy u dziecka. Opierając się na własnych badaniach w tym względzie, uważa O. ośrodek średni nietylko jako okolicę, gdzie następują skojarzenia ośrodków słuchowych, ruchowych i dotykowo-czuciowych, stojących w związku z mechanizmem mowy, lecz przypisuje mu zdolność automatycznego wyłaniania wspomnień wyrazowych bez udziału ośrodka tylnego; wyznacza mu więc ważną rolę w mowie wewnętrznej, jako połączeniu pojęć słownych, mających siedlisko w ośrodku tylnym, z automatycznemi wspomnieniami wyrazów. Badanie O. nad rozwojem mowy u dziecka wykazuje, że ośrodek średni odgrywa w początkowych okresach rozwoju mowy taką samą rolę, co do swego znaczenia psychogenetycznego, jaką po jej ukształtowaniu się spełnia ośrodek tylny, gdyż zanim utworzy się automatyzm mowy, musi dziecko przez bardzo długi czas świadomie kojarzyć szereg głosów i szmerów (wyrazów) z odpowiednimi ruchami w narządach artykulacyi, a to dla nagromadzenia zapasu śladów słownych, które są nieodzowne dla mowy automatycznej. To samo *mutatis mutandis* dotyczy początkowego aktu czytania i pisania, gdzie łączenie obrazów wzrokowych lub łącznie z nimi pamięci ruchów przy pisaniu z ruchami głosowymi, oraz automatyczna zdolność wspomnień tych obrazów, odbywa się również w ośrodku średnim, z początku świadomie, następnie zaś automatycznie. Hipoteza kol. O., co do przeznaczenia ośrodka średniego, nie pozostaje w sprzeczności z zasadniczą myślą pracy Flechsiga, gdyż uwydatniając znaczenie ośrodka średniego, zrównywa poniekąd psychogenetyczną jego wartość odnośnie do dwu pozostałych, mimo to, iż, po uformowaniu się mowy, rola jego sprowadza się do automatyzmu, równoznacznego automatyzmowi chodzenia, pływania i t. d. Hipoteza ta zgadza się również z dotychczasowemi spostrzeżeniami klinicznemi różnego rodzaju niemoty ruchowej, wyjaśniając bardzo wiele niezupełnie dotychczas zrozumiałych, a tu odnoszących się pytań.

Pamięci słowne zmysłowe, stanowiąc część ośrodków zmysłowych, służą jedynie bądź do uskuteczniania różnych ruchów przy artykulacyi lub piśmie (pamięć ruchowa), bądź do przyjmowania podniet ze świata zewnętrznego, a odnoszących się do mowy przy słyszeniu wyrazów, jako kombinacyi pewnego szeregu tonów i szmerów, lub postrzeganiu znaków pisma, jako prostych zjawisk wzrokowych (pamięć słuchowa i wzrokowa). Pamięci zmysłowe należą do kategoryi pamięci organicznej. Do tejże kategoryi zalicza O. również pamięć skojarzeniową ośrodka średniego, jako zbiór skojarzeń między ośrodkami zmysłowymi mowy. Rozumienie mowy, względnie pisma, oraz mowa samodzielna ze zrozumieniem, wymagają już ośrodków wyższych, psychicznych, gdzie jak mniema O., kojarzenia te mają miejsce, a mianowicie przy rozumieniu mowy lub pisma między ośrodkiem zmysłowym, słuchowym i skojarzeniowym średnim, a ośrodkiem tylnym, przy mowie zaś lub piśmie ze zrozumieniem między ośrodkiem średnim i tylnym.

Dr. O. zapatruje się na mowę jako sprawę psychiczną, to jest zbiór wszystkich wyżej omówionych skojarzeń, które odbywają się jedynie w korze i wymagają, jak wszystkie procesy duchowe, pamięci i uwagi. Zarówno więc, jak dla przejawu najpierwotniejszej strony psychicznej człowieka, spostrzeżenia, oprócz ośrodków zmysłowych, potrzebne są wyższe skojarzeniowe, tak również te same czynniki odgrywają analogiczną rolę przy psychicznym akcie mowy, zarówno czynnym (artykulacya, pismo), jakoteż i biernym (rozumienie mowy, pisma). Różnica zachodzi jedynie w więcej złożonym akcie mowy, a mianowicie, że owe pamięci zmysłowe muszą się skojarzyć uprzednio w ośrodku średnim dla wytworzenia mowy automatycznej, gdy spostrzeżenia uskuteczniamy jednocząc tylko różne zmysłowe okolice kory w ośrodku tylnym. Przy akcie więc psychicznym mowy działają dwa mechanizmy: niższy, do pewnego stopnia automatyczny, mieszczący się w wyspie Reila i wyższy, dla pojęć słownych, — w ośrodku tylnym (okolica *gyri supramarginalis i gyri angularis)*. Ostatni służy do łączenia wyobrażeń i pojęć słownych z wyrazami.

Odpowiednio do przedstawionych danych psychologii mowy zapatruje się O. na niemotę, jako na zakłócenie pamięci słownej zmysłowej (ruchowej, słuchowej i wzrokowej pamięci liter), lub skojarzeniowej (w ośrodku średnim, lub tylnym), co bądź uniemożliwia działanie pamięci zmysłowej ruchowej, lub przyjmowanie podniet zewnętrznych od ośrodków zmysłowych mowy, bądź znosi ślady nagromadzonych wspomnień wyrazowych w ośrodku średnim; lub też niszczy kojarzenia, zachodzące w ośrodku tylnym przy rozumieniu mowy, względnie pisma lub przy mowie samodzielnej ze zrozumieniem.

Zgodnie z tem wszystkiem, oprócz podziału niemot na organiczne i czynnościowe u dorosłych i dzieci, rozdziela O. wszystkie niemoty na zmysłowe i skojarzeniowe.

Do niemot organicznych zmysłowych zalicza: 1) niemotę ruchową izolowaną przy zmianach w trzecim zawoju czołowym (tak zwana uprzednio niemota ruchowa podkorowa), 2) niemotę słuchową (głuchotę wyrazową), 3) aleksyę izolowaną (percepcyjną ślepotę wyrazową). Do niemot organicznych ośrodka średniego należy niemota ruchowa z aleksyą, względnie i agrafią. Do niemot organicznych ośrodka tylnego odnosi: 1) skojarzeniową niemotę słuchową (tak zwana uprzednio transkorowa słuchowa), 2) aleksyę skojarzeniową lub skojarzeniową ślepotę wyrazową (uprzednio aleksya transkortykalna), 3) niemotę optyczną, 4) ślepotę duchową.

Ten sam podział odnosi do niemot czynnościowych (amnestycznych). Wyróżnia między innemi następujące zmysłowe niemoty czynnościowe: 1) ruchową (uprzednio transkorowa ruchowa), 2) słuchową, do której należą niemoty Grasheya i bardzo wiele innych form, 3) aleksyę, gdzie należy odnieść przypadki niemożności czytania wyrazów, obok zachowanego czytania liter, dysleksye itd. Do niemot czynnościowych ośrodka średniego zalicza niemotę ru-

[1]) Ośrodek przedni, albo czołowy, ma służyć jakoby do praktycznego zastósowywania wyobrażeń i pojęć naszych oraz czynności samodzielnej, pozostaje więc w związku z uwagą i namysłem.

chową bez aleksyi i agrafii. Nakoniec do niemot czynnościowych ośrodka tylnego odnosi przypadki, w których chorzy nie mogą nadać odpowiedniej nazwy rzeczy, przedstawionej sobie w umyśle. *Dr. W.*

V. Wyciągi.

Zaleski K.: **Kilka słów o wrzodzie dziurawiącym w przełyku**. (*Medycyna*, 1898, Nr. 10). Cierpienie to stosunkowo rzadkie i mało opracowane, to też autor ogłasza jeden przypadek, spostrzegany przez siebie w szpitalu dzieciątka Jezus. Chory zmarł wskutek krwotoku obfitego, więc rozpoznanie za życia można było porównać z wynikiem rozbioru zwłok. Autor rozpoznał rozstrzeń żołądka, wskutek bliznowego zwężenia odźwiernika, po zagojonym wrzodzie okrągłym, obok tego wrzód okrągły u wpustu. Tymczasem badanie zwłok prócz tego wykazało jeszcze wrzód w dolnej części przełyku. Z objawów wybiera autor istotne dla wrzodu przełyku: a) ból w przedniej części klatki piersiowej, mianowicie na mostku, b) powstrzymywanie się od przyjmowania pokarmów z obawy bólu, które to oba objawy u chorego bardzo wybitnie występowały. Należałoby ustalić owe objawy dla ułatwienia rozpoznania.

Wrzód zajmował $^1/_3$ część dolną przełyku, łączył się z wrzodem u wpustu żołądka, a w górnej części pokryty był zębowatymi pasami zdrowej błony śluzowej. Dotąd są znane dwa przypadki samoistnego wrzodu przełyku bez wrzodu żołądka. Byłoby bardzo ważne zwracać uwagę w przyszłości, o ile występuje wrzód przełyku samoistnie. Kwasota treści żołądkowej, naczczo, w przypadku autora = 40, wolnego kwasu solnego (sposobem Mintza) 0·04%; pod drobnowidem: kulki tłuszczu, drożdże, komórki roślinne, jądra ciałek wypocinowych. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

Oderfeld H.: **Rzadkie powikłanie przekłócia ściany brzusznej (paracentesis)**. (*Medycyna*, 1898, Nr. 11). U chorego z marskością wątroby przekłóto trójgrańcem ścianę brzuszną, jak to już czyniono wielokrotnie poprzód, aby wypuścić płyn. Przekłócie zrobiono w miejscu klasycznem, to jest nazewnątrz od środka kresy łączącej tarn górną kości biodrowej ze spojeniem łonowem. Płyn nie wypływał, a gdy przepchanie rurki nie pomogło, wyjęto rurkę. Wówczas przez otwór w brzuchu wysunął się twór jakiś obły, dosyć cienki 3—4 mm., a długi 10 ctm., sinawy, w postaci pętelki. Twór ten odcięto po przewiązaniu ramion, które schowały się same do jamy brzusznej, a chory żadnej szkody przez to nie poniósł. Odcięty twór składał się z tętnicy, żyły i tkanki tłuszczowej, a należał do sieci, której naczynia nieraz, zwłaszcza u ludzi podupadłych w odżywieniu, sterczą wolno do jamy brzusznej.

Powikłanie w każdym razie bardzo rzadkie tego tak częstego zabiegu klinicznego. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Erlach: **O leczeniu zapaleń otrzewnej**. (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 3). Autor uważa za rzecz bezwzględnie wskazaną, przy stwierdzeniu ropnego zapalenia otrzewnej, otworzyć i osączkować jamę brzuszną. Przytacza on dwa przypadki, jeden po owaryotomii, drugi po myomotomii macicy, gdzie rozwinęło się ropne zapalenie otrzewnej z tak złym przebiegiem, że nie było prawie nadziei utrzymania chorych przy życiu. Po otwarciu jamy brzusznej i osączkowaniu chore wyzdrowiały. *Dr. Zalewski.*

Vesely F. Dr.: **O wskazaniach wód gorzkich. (O indikacich hořkých vod)** („*Lékařské rozhledy*“. 1898. Zesz. 3). W wielu klinikach bardzo mało zwracają uwagę uczniów na używanie wód, to też ich potem lekarze młodsi nie zapisują chorym. Autor przedewszystkiem podnosi, jak rzadko zalecają picie wód gorzkich. W szczególności pisze o używaniu nowej wody gorzkiej morawskiej Szaraticy i zbiera szereg wskazań dla niej. W małych dawkach: nawykowe zaparcie żywota, zwłaszcza u ciężarnych; niestrawność u chorych na krwawnice; krwistość i otyłość; żółtaczka nieżytowa; krwawnice; sprawy uporczywe wskutek owrzodzeń błony śluzowej jelit; choroby kobiece rozmaite; rozedma płuc. W większych dawkach: zastarzałe nagromadzenie kału w kiszkach; ostry nieżyt żołądka z przejedzenia się; ostry nieżyt kiszek i kolka; nawały krwi do głowy, zapalenia mózgu, a zwłaszcza zapalenie opon mózgowych u dzieci; drgawki dziecięce z jakiegokolwiek powodu (też w klizmatach); obrzęk i zapalenie płuc, zwłaszcza z początku choroby; przepełnienie piersi pokarmem.

Skuteczność wody gorzkiej nieraz stwierdzono w przypadkach, w których inne lekowanie zawodziło. Przeciwwskazania: u ludzi słabych, z żołądkiem i jelitami zanadto drażliwemi (występują łatwo biegunki) i u niedokrewnych. Próbował również autor wody gorzkiej w durze, w razie zaparcia ciągłego i wzdęcia brzucha i to z dobrym skutkiem.

Celem pracy autora było zwrócić uwagę na zapomniane wody gorzkie, które nigdy nie mogą sprowadzić zatrucia, jak n. p. kalomel.

(U nas powinno się pamiętać, że mamy też znakomitą wodę gorzką w Morszynie, która jest do tego własnością towarzystwa lekarskiego i stanowi fundusz wdów i sierót po lekarzach — ale rozchodzi się bardzo skąpo po świecie..., bo jej nie zapisujemy). (*Przyp. sprawozdawcy*).

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Riether: **Niedrożność jelit u 3-dniowego dziecka wskutek kamieni kałowych**. (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 4). R. podaje, że u 3-dniowego dziecka, zupełnie prawidłowo zbudowanego, na 3 dzień po urodzeniu wystąpiły objawy niedrożności jelit, które, pomimo najrozmaitszych środków, nie ustąpiły i dziecko na 6 dzień po urodzeniu umarło. Sekcya wykazała, że przyczyną śmierci były kamienie kałowe. Badania mikroskopowego kamieni nie było, a od otoczenia nie można się było dowiedzieć, czy dziecko, prócz mleka matki, dostawało jeszcze jakie inne pokarmy.

Dr. Zalewski.

Dr. W. Kümmel. **Przyczynki do nauki o symetrycznem schorzeniu gruczołów łzowych i ślinianek (Mikulicz)**, (*Mittheil a. d. Grenzgebieten d. Medic. u. Chirur.* T. II. str. III.) Cierpienie to, mało znane, opisane w r. 1892 przez Mikulicza, nie należy do najrzadszych, kiedy autor zdołał w ostatnich paru latach aż 6 podobnych przypadków obserwować. Objawem stałym jest powolne i niebolesne powiększanie się gruczołów łzowych, lub ślinianek, w różnych kombinacyach. Obrzęk, trwający całymi latami, nie sprawia chorym żadnych innych dolegliwości, prócz oszpecenia, a czasem zaburzeń mechanicznych. Powierzchowne gruczoły okazują wszystkie cechy nowotworów łagodnych. Cierpieniu temu towarzyszą b. często przewlekłe sprawy zapalne na spojówkach i na błonie śluzowej nosa lub jamy ustnej. Domniemywać się jednak wolno, że te sprawy zapalne, poprzedzają brzęknięcie gruczołów i pozostają z niem w związku przyczynowym. Jakieś bliżej nieznane przyrzuty zakaźne, bujające na wspomnianych błonach śluzowych, drogą przewodów wylewających się na daną błonę śluzową, dostają się do odpowiednich gruczołów. Tu powodują ciekawą zmianę. W obwodzie pojedynczych gronek gruczołu, poczyna bujać tkanka limfoidalna, a w miarę jak się rozwija, zanikają charakterystyczne komórki gruczołowe.

W rozpoznawaniu cierpienia tego, dla którego autor proponuje nazwę „achroocytosis“, wykluczyć potrzeba: *lymphoma malignum*, *pseudoleukemia*, *lymphosarcoma*, *leukemia* i wszystkie guzy łagodne.

Rokowanie dobre, co do zdrowia ogólnego; mniej pewne, co do zupełnego wyleczenia sprawy miejscowej.

Wyleczenie, lub znaczną poprawę, osiągano przez wyłuszczenie odpowiedniego gruczołu, przez podawanie na wewnątrz arszeniku, jodku potasowego, jodku żelazowego itp. Spostrzegano, że obrzęk ustępował po przebyciu jakiej ostrej choroby gorączkowej (zapalenie otrzewnej, płuc i t. d.).

Herman.

Dr. W. Hübener: **Przyczynek do nauki o przerzutach ropnych w kościach po durze.** *(Mitteil a. d. Grenzgebiet.* T. II, S. 705). Przeszło w 2 miesiące po przebyciu duru wystąpiły u 14-letniej dziewczynki objawy zapalenia stawu biodrowego prawego. Badanie kliniczne i fotografie Röntgenowskie wykazały, że chodzi tu o oddzielenie się zupełne główki w linii nasadowej i zwichnięcie ku tyłowi. Otwarto staw, oddalono główkę i wyskrobano ziarninę wyścielającą panewkę. Z ziarniny wyhodowano czystą kulturę prątka durowego. Pacyentka ta zmarła później, skutkiem krwotoku z przerwanego naczynia, podczas usiłowań sprowadzenia szyjki do panewki. W tym zatem przypadku prątki durowe wywołały najpierw *osteomyelitis* w linii nasadowej główki kości udowej, która dała powód raz do powstania znacznego wysięku w stawie, który bezpośrednio spowodował tak zw. patologiczne zwichnięcie główki, a sama *osteomyelitis* w linii nasadowej była przyczyną oddzielenia się główki. U nas w kwestyi ropotwórczych zdolności prątka Ebertha pisali Dmochowski i Janowski. W ogniskach przerzutowych prątki E zachowują długo swą żywotność, jak tego dowodzi drugie, jakkolwiek dawniejsze jeszcze spostrzeżenie z praktyki Mikulicza, gdzie ten prątek, jeszcze w $4^1/_2$ lat po przebyciu duru, zachował w ognisku kostnem kości łokciowej zupełną swą jadowitość. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

O p a d n i ę c i e s e r c a (cardioptosis) jest, według profesora R u m m o (Palermo) stwierdzonym faktem klinicznym, analogicznym z opadnięciem trzew, nerek itd. Stan ten chorobowy, który opisał pierwszy Szerszewski, polega na osunięciu się serca ku dołowi, zależnem od zwiotczenia wielkich pni naczynnych, do których serce jest przyczepione. Prof. Rummo nie dopatruje widomego związku między osunięciem się serca, a opadnięciem innych narządów trzewnych. Badaniem stwierdza się obniżenie linii stłumienia sercowego, czego następstwem jest stosunkowe obniżenie się pasa wszelkich innych objawów wypukowych i przysłuchowych, a zwłaszcza sprawa ta nabiera wyrazistości, gdy chorego badamy w postawie stojącej. Nieznaczne stopnie obniżenia serca nie wywołują żadnych objawów; znaczniejsze zaś spowodowują przeróżne dolegliwości, które łacno pomięszać można z objawami niedomogi sercowej, jak duszność, uczucie ucisku i udręczenia, bóle piersiowe i przysercowe, kołatanie serca, kaszel napadowy i t. d. W najwyższych stopniach opadnięcia serca, występują zaburzenia groźne, wskutek znacznego załamania łuku wielkich naczyń i braku sprężystości ich ścian: tu możemy spotkać wszystkie objawy organicznej wady serca niewyrównanej. Zadanie lekarza musi się ograniczyć tylko do łagodzenia objawów: zastosowanie pasa na nadbrzusze odgrywa tu ważną rolę. Często wielce pomocnymi bywają leki sercowe, jak naparstnica, kofeina i inne oraz podniecające układ nerwowy: arsen, fosfor, żelazo, strychnina. („La Semaine médicale“, Nr. 24). Kw.

L e c z e n i e z g o r z e l i s a m o i s t n e j (zatornej), jako mającej często, według japońskiego lekarza H a g a, powstawać wrzekomo na tle kiłowem, powinno być swoiste przeciwkiłowe (wcierki rtęciowe, wstrzykiwania kalomelu, jodek potasowy i t. d.). Miejscowo i zewnętrznie H. stosuje opatrunek przeciwgnilny. Wyniki tego lekowania nie zawsze są dodatnie, utrzymuje Haga, lecz powiodło mu się nie raz wyleczyć chorego, którego stan był rozpaczliwy; dodać jednak należy, że byli to zdeklarowani syfilitycy. („La Semaine médicale“, Nr. 24). Kw.

A. P o r g e s. „Nowa tuberkulina (TR.) w chorobach skóry“ (W. klin. Woch., 1898, 15). Przytoczywszy cały szereg zdań różnych autorów, co do tego nowego przetworu, opisuje P. szczegółowo trzy przypadki liszaja żrącego, leczone nową tuberkuliną na oddziale Prof. Fingera. Na mocy swego doświadczenia przychodzi P. do wniosku, że, przy ostrożnem dawkowaniu, oddziaływanie ogólne ustroju, w przeciwieństwie do dawnej tuberkuliny, jest rzadkiem, że wyleczenia jednak zupełnego nie sprowadza, ani przed nawrotami nie chroni. F. K.

A. N e i s s e r. „Wypryski na wargach ustnych, a wody do ust“. (Ther. Mon. 1898, 2). Autor opisuje cztery przypadki, w których utrzymujące się czas dłuższy wypryski na wargach ust, ustąpiły dopiero wtedy, gdy zabroniono tym chorym płókać usta odolem; dlatego sądzi N., że do płókania jamy ustnej nie należy używać olejków eterycznych, które łatwo skórę zadrażniać mogą. F. K.

L a l a n d e mówił w „Société de biologie“ o nowym sposobie leczenia kiły, który polega na wstrzykiwaniu istoty, otrzymanej przez macerowanie nasad rogowych świeżo zabitych cieląt w 1% rozcz. soli kuchennej, w ciepłocie 25—30°. Po odstaniu się tej cieczy, przez kilka miesięcy, powstaje żółty jasny płyn, o słonym smaku, który zawiera dużo żelatyny i soli kuchennej, obok drobnych ilości fosforanu i siarkanu wapniowego i śladu siarkanu potasowego. Płyn ten wstrzykuje L. co 8 dni (czasami częściej) w ilości 1—3 sz. ctm.; po 10—30 wstrzykiwaniach zmiany zupełnie ustąpiły, a przypadki, w ciągu dwóch lat spostrzegano, dowodzą braku nawrotów. Wyniki dodatnie przypisuje autor działaniu sztucznej surowicy i swoistemu wpływowi istot wyciągowych keratyny na komórki skóry i błony śluzowej, przez co te stają się odporniejszemi na jad kiłowy. (Presse med. 1898, 22). F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 20-go kwietnia 1898.

Przewodniczący kol. prezes Jakubowski. Obecnych członków 34.

I. Przewodniczący zawiadamia Zgromadzenie o czynnościach komisyi dla budowy własnego domu i przedstawia wniosek Komitetu, odnoszący się do nabycia gruntu pod budowę.

W imieniu Komitetu i Komisyi budowy własnego domu wniosek ten uzasadnia kol. prof. Mars.

Wniosek ten brzmi: Towarzystwo lekarskie krakowskie, zgadzając się z propozycyą Komisyi dla budowy własnego domu, uchwala wnieść podanie do Rady m. Krakowa o odstąpienie kawałka gruntu przy ulicy Radziwiłłowskiej, położonego między tą ulicą, a wałem kolejowym. Uchwalono jednogłośnie.

II. Kol. prezes podaje do wiadomości członków list Komitetu gospodarczego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, w którym Komitet ten zapytuje o najdogodniejszy termin Zjazdu. Zgodnie z wnioskiem Komitetu uchwalono, że najstosowniejszym terminem jest o s t a t n i t y d z i e ń l i p c a l u b p i e r w s z y t y d z i e ń s i e r p n i a.

III. Kol. przewodniczący uwiadamia następnie, iż sprawa dyżurów nocnych o tyle postąpiła, że zapisało się już 22 kolegów, chętnych do pełnienia dyżurów. Wobec tego uchwalił Komitet zwołać zebranie interesujących się tą sprawą kolegów na dzień 27-my kwietnia b. r., jako na posiedzenie nadzwyczajne Towarzystwa, celem ostatecznego ukonstytuowania się w odrębną, od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego niezależną, korporacyę.

IV. Następnie przedstawił kol. Doc. Dr. N o w a k przypadek pęknięcia tętnicy głównej.

Przypadki pęknięcia jednej lub więcej warstw ściany tętnicy głównej nie należą do rzadkości. Krew w takim razie przedostaje się, albo między błonę wewnętrzną i średnią, lub średnią i zewnętrzną, rozdziela te warstwy ściany tętniczej na mniej lub więcej znacznej przestrzeni i w ten sposób powstaje to, co nazywamy „aneurysma dissecans“, lub lepiej „haematoma intraparietale“. Pęknięcia te najczęstsze są w łukowej części tętnicy głównej, a zejście ich jest zwykle tego rodzaju, że po pewnym czasie pęka wreszcie i reszta ściany tętniczej i to najczęściej w obrębie worka osierdziowego, w następstwie czego ten ostatni napełnia się krwią.

W tych dniach, przy jednej z sekcyi, znalazł kol. Nowak podobny przypadek, który jednak w niektórych szczegółach różni się od podanego powyżej szematu.

Przedarciu uległa tu tak wewnętrzna, jak i średnia warstwa ściany części wstępującej tętnicy głównej, na wysokości jakich 3 ctm. ponad ujściem tętniczem komory lewej, a warstwy te pękły okrężnie w całym obwodzie na około światła tętnicy głównej tak, że w tem miejscu serce i mały odcinek tętnicy głównej stoi w związku z resztą układu tętniczego tylko za pośrednictwem nienaruszonej warstwy zewnętrznej. Pęknięcie to jest prostolinijne i tylko w jednem miejscu odchodzi od niego, w bok, ku górze, szczelina podłużna, długa na 1·5 ctm.

Krew przedostała się między warstwę średnią i zewnętrzną tak, że w całej wstępującej i w części łuku tętnicy głównej, między temi dwoma błonami, znajdujemy warstwę skrzepłej krwi, a oprócz tego, ponieważ tętnica płucna znajduje się tutaj w ścisłym związku z pniem tętnicy głównej, przedostała się krew i po pod warstwą zewnętrzną tej pierwszej i tkankę otaczającą na zewnątrz; średnią warstwę tętnicy płucnej znajdujemy naciekłą krwawo. I tu ostatecznie przyszło do pęknięcia warstwy ograniczającej ognisko krwotokowe na zewnątrz i to w obrębie worka osierdziowego, ale przedarciu, w tym przypadku, nie uległa warstwa zewnętrzna tętnicy głównej, lecz tętnicy płucnej i podczas, gdy krew wydostała się na zewnątrz łożyska tętnicy głównej, wskutek przedarcia się ścian tego naczynia, to do worka osierdziowego dostała się ona znów w następstwie pęknięcia błony zewnętrznej tętnicy płucnej i worek osierdziowy znalazł kol. N. wypełniony krwią częścią skrzepłą, częścią płynną. Dodać należy, że oprócz głównego, okrężnego pęknięcia, znajdujemy na szczycie łuku tętnicy głównej jeszcze drugie, nieznaczne, nieregularne przedarcie dwóch warstw wewnętrznych ściany tegoż naczynia. W błonie wewnętrznej tętnicy głównej, znajdują się nieznaczne zmiany miażdżycowe w postaci płaskich nacieków, a lewa komora jest przerosła, dla któregoto jednak przerostu nie znajdujemy podstawy anatomicznej.

Co do danych klinicznych, które zawdzięczam uprzejmości kol X. Gorskiego, to chora zgłosiła się do szpitala dnia 7-go kwietnia b. r. z objawami uczucia ściskania w okolicy serca, i z bólami napadowymi w piersiach, rozpromieniającymi się ku bokowi lewemu.

Badanie fizyczne nie wykazywało żadnych znaczniejszych zmian, tylko nad tętnicą główną stwierdzono dwa szmery, zresztą tony były głuche, akcya serca regularna, granice stłumienia nieco we wszystkich rozmiarach powiększone.

Stan ten trwał do 17-go kwietnia, w którym to dniu chora dostała nagle napadu duszności, wystąpiła sinica, oddychanie odbywało się według typu Cheyne-Stockesa i po kilkunastu godzinach nastąpiła śmierć.

Jasnem jest, że chora zgłosiła się do szpitala już z kolistem pęknięciem tętnicy głównej, objawy, a mianowicie duszność i bóle pochodziły od ucisku, jaki wynaczyniona krew wywierała na splot sercowy. Wreszcie dnia 17-go kwietnia przyszło do pęknięcia zewnętrznej warstwy tętnicy płucnej w obrębie worka osierdziowego, do pęknięcia przysierdzia i do powolnego wypełnienia się krwią worka osierdziowego, co spowodowało śmierć.

Tę okoliczność, że tętnica główna pękła okrężnie w całej swej szerokości, nasuwa przypuszczenie, że powodem pęknięcia był prawdopodobnie uraz tępy, zadany w piersi, wywiady jednak kliniczne nic w tej mierze nie wykazują. (Streszczenie własne).

V. Kol prof. B r o w i c z wyłożył rzecz: O mięsieniu wewnętrznem błony śluzowej jamy nosowej i nosowo gardłowej.

Prelegent zwraca uwagę na znaczenie stanów chorobowych jamy nosowej i nosowo-gardłowej, ważnych same przez się, jakoteż ze względu na narząd słuchowy i wzrokowy. Podnosi niedostateczność zwykle używanych sposobów leczniczych w postaci wsiąkiwań, przepłókiwań różnej jakości rozczynami, zadmuchiwań proszkami, pędzlowań itd. Wyniki takiego leczenia, a każdy, zajmujący się leczeniem tych stanów chorobowych, potwierdzić to może, są bardzo niekorzystne, co utrudnia a nawet wprost iluzorycznem czyni leczenie, a raczej wyleczenie, następowych stanów chorobowych jamy bębenkowej. Sposoby te nie tylko nie usuwają, często nie łagodzą, stanu chorobowego jamy nosowej i nosowo-gardłowej, lecz nawet niekiedy go pogarszają.

Galwanokaustyka lub jej surogaty, jak kwas chromowy i trójchlorooctowy, jakkolwiek bardzo skuteczna, ogranicza się do stosunkowo rzadszych przypadków, w których obrzmienia odnoszą się do małych odcinków błony śluzowej, a nie może być użyta bez szkody dla chorego w najczęstszych przypadkach rozlanych zmian błony śluzowej jamy nosowej.

Wielka też zasługa Brauna, później Lakera, iż zastosowali, do leczenia stanów chorobowych jamy nosowej i nosowo gardłowej, mięsienie, która to metoda lecznicza, co prelegent na podstawie własnego doświadczenia stwierdził, jest w wielu przypadkach skuteczną, bez porównania skuteczniejszą aniżeli sposoby lecznicze, powszechnie dotąd używane.

Przy sposobności zwraca prelegent uwagę na niestosowność nazwy polskiej „mięsienia drgawkowego", a jest za zatrzymaniem obcego wyrazu „wibracyjne" lub wreszcie „drganiowe", jakkolwiek nazwę ogólniejszą, jaką Laker wprowadził, mięsienia wewnętrznego, w przeciwstawieniu do mięsienia zewnętrznego Kellgrena, uważa za odpowiedniejszą, ze względu na to, iż mięsienie nie zawsze jest wibracyjnem w ścisłem tego słowa znaczeniu, a nawet często być niem nie może. Odstąpił też prelegent od sposobu wykonywania ruchów, drgań, podanego przez twórców tej metody leczniczej Brauna i Lakera i, zdaje się, ogólnie przestrzeganej, t. j. udzielania ruchów, drgań sondzie przez ruchy w stawie łokciowym przy skurczu mięśni ramienia, a nieruchomości stawu nadgarstkowego. Prelegent trzyma odnogę zupełnie swobodnie zgiętą w stawie łokciowym nieruchomie, a nadaje ruch sondzie ruchami w stawie nadgarstkowym. Sposobem tym swobodniej, bez znaczniejszego utrudzenia się, można wykonywać ruchy częste i regularne. Prelegent przekonał się jednak, iż skuteczne mięsienie nie zależy od częstości i regularności ruchów, co w ostatniej swej pracy sam Laker przyznaje, powiadając, iż za wiele wagi przywiązywał do częstości i regularności ruchów. Zależy to bardziej, a raczej wyłącznie, od obmacania niejako, delikatnego, lekką ręką dokonanego mechanicznego działania na całą błonę śluzową, o ile możności na wszystkie zaułki jamy nosowej. Ruchy nie muszą być koniecznie wibracyjne, posuwanie wacika po błonie śluzowej, pocieranie jej, lekkie uderzanie końcem sondy, często wystarcza, co zależy od przypadku i indywidualnej wrażliwości chorego.

Ruchy wibracyjne nie zawsze mogą być systematycznie wykonywane, bo przeszkadzają temu i czynią je wprost niemożliwymi nierzadko spotykane wygięcia i skrzywienia przegrody nosowej, listwy kostne na niej, różna wielkość i zboczenia kształtu dolnej muszli, jakość zgrubienia błony śluzowej.

W formie przerostowej, a właściwie, zdaniem prelegenta, obrzękowej nieżytu przewlekłego, gdy błona śluzowa jest ciastowata, miękka, a sonda zagłębia się jak w poduszkę, jakoteż gdy w ciągu pierwszych posunięć sondy błona śluzowa kurczy się, ściąga jak pod wpływem kokainy, co w czasie mięsienia, przy oświetleniu jamy nosowej, widzieć można (w ten sposób, idąc za Braunem, prelegent masuje, nie na ślepo, jak to Laker czyni i zaleca), wynik mięsienia bywa pomyślny i stosunkowo szybki tak, iż na podstawie stwierdzonego powyższego szczegółu z góry zapowiedzieć można pomyślny wynik leczenia.

Wpływ pomyślny na obrzmiałą błonę śluzową, która klęśnie, na ilość i jakość wydzieliny w formie obrzękowej, tak jest niekiedy szybki, iż zwraca odrazu uwagę chorego i żadnym innym sposobem leczniczym uzyskać go nie można.

Żmudniejszem, dłuższem jest leczenie postaci zanikowej, jakkolwiek i w tych razach, a nawet w tak uporczywej, prawie nieuleczalnej, ciężkiej formie, jaką jest *ozaena*, polepszenie, złagodzenie nawet znaczne uzyskać można.

Wbrew twierdzeniu Lakera podaje prelegent, iż przez nos nietylko boczne ściany, jakoteż część nosowa tylnej ściany gardła mięsieniu poddane być mogą, ale także w bardzo wielu przypadkach strop jamy nosowogardłowej, jeżeli się sondę naturalnie odpowiednio cienką i giętką wprowadza przez przewód nosowy środkowy, przez co oszczędza się choremu przykrego powtórnego mięsienia przez jamę ustną.

Prelegent gorąco poleca stosowanie mięsienia wewnętrznego w przewlekłych stanach chorobowych jamy nosowej i nosowogardłowej jako najpewniejszą, jakkolwiek nie uniwersalną metodę leczniczą. (Streszczenie własne).

Sekretarz doroczny:
Dr. Xawery Gorski.

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Dwudzieste piąte sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie.

Ćwierć wieku jest tym okresem czasu, który wystarcza, ażeby wszelka instytucya usprawiedliwiła potrzebę swego istnienia, złożyła dowody żywotności i wzbudziła u ogółu wiarę we własne siły dalszego rozwoju. Działalność Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie, w okresie

sprawozdawczym, rozwijała się w oczach kraju; ogół lekarski stykał się z tą instytucyą, chociażby tylko ze względu na nauczanie pedyatryczne, z nią związane: więc nie będziemy iść krok w krok za sprawozdaniem, ani roztaczać obrazu, przedstawiającego historyczny rozwój Towarzystwa, jego rozrost materyalny, rozszerzenie działalności humanitarnej itd.; czyny i liczby są wymowniejsze i więcej przekonywające, niż słowa: więc zaznaczamy tylko, że w ciągu ubiegłego 25 lecia, obok pierwotnego, macierzystego, budynku stanął pawilon dla chorób zakaźnych tak, że obecnie szpital św. Ludwika rozporządza 120 łóżkami i, po ostatecznem zorganizowaniu oddziału chirurgicznego, rezerwowego (dla chorób ocznych i skórnych) i oddziału dla chorych niemowląt, karmionych piersią, liczy wszystkich oddziałów pięć.

Do końca roku 1897 leczono w szpitalu św. Ludwika, w okresie sprawozdawczym, 20,155 dzieci, udzielono 72,904 porad ambulatoryjnie.

Przejęte troską o zdrowie dzieci i po za szpitalem, oraz kierowane umysłem, głęboko wglądającym w potrzeby sanitarne społeczeństwa, założyło Towarzystwo kolonię leczniczą dla dzieci skrofulicznych w Rabce, gdzie w 3 zmianach, po 40 dzieci, w ciągu 4 miesięcy, korzysta rocznie z dobrodziejstwa zdrojowo-klimatycznego leczenia 120 dzieci skrofulicznych. Od dnia założenia lecznicy, do końca roku sprawozdawczego, odbyło 6 tygodniową kuracyę ogółem 708 dzieci.

Nie rozporządzając obfitością miejsca, zmuszeni jesteśmy odesłać do oryginału czytelnika, chcącego zapoznać się ze szczegółami, dotyczącymi części ściśle lekarskiej i administracyjnej, oraz życzącego rozpatrzeć się w źródłach dochodów, obowiązujących umowach itd.

Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie cicho obchodziło rocznicę 25-lecia swej owocnej pracy, powiedzielibyśmy — po domowemu; dzień ten wyróżnił się przybyciem do szpitala św. Ludwika komitetu z przewodniczącym J. E. Dr. J. Dunajewskim, wysłuchaniem Mszy św., którą w kaplicy szpitalnej odprawił protektor Towarzystwa, książe Biskup krakowski i odsłonięciem tablicy erekcyjnej w głównym przedsionku szpitala.

Jak arcydzieło pędzla potrzebuje stósownych ram, tak i każde wzniosłe, a zwłaszcza miłosierne, dzieło ludzkie, wymaga odpowiedniego, harmonizującego z niem, tła. To zrzeczenie się komitetu Towarzystwa wszelkiej głośniejszej uroczystości, usunięcie swych osób po za uczynki i czyny, ta skromność, prostota, to są najpiękniejsze ramy do obrazu 25-letniej miłosiernej działalności Towarzystwa, która społeczeństwo przywykło otaczać wielką czcią, a wdzięczność swą powinno okazać wzmożonem poparciem ofiarnem.

A. K.

* Proces w sprawie brunświckiego prymaryusza Dra Seidla został zakończony i daje powód dziennikom niemieckim do poważnych uwag. Ze stanowiska zawodowego obchodzi ta sprawa cały świat lekarski i z tego względu zasługuje na wzmiankę i w naszem piśmie.

Dnia 6-go listopada 1895 r. asystenci Dra Seidla, prymaryusza oddziału chirurgicznego w książęcym szpitalu brunświckim, oskarżyli swego przełożonego o wykroczenia przeciw zasadom sztuki lekarskiej i o zaniedbywanie obowiązków prymaryuszowskich. Na podstawie tego oskarżenia ministerstwo, bez poprzedniego przesłuchania, zawiesiło Dra Seidla w urzędowaniu, a jednocześnie poleciło wytoczyć mu sprawę dyscyplinarną i sądową. W liście do braci oświadczył oskarżony, że jest wprawdzie w stanie odeprzeć wszystkie zarzuty, zawarte w oskarżeniu, lecz znękany wszelkiemi przeciwieństwami, usuwa się z pola walki i dnia 8-go listopada 1895 r. odebrał sobie życie, a braciom poruczył swoją cześć, aby ją oczyścili od wszelkich niesprawiedliwych oskarżeń. Wezwani, gorąco się wzięli do testamentarnie poruczonego sobie zadania, a trud ich został w pełni uwieńczony, gdyż sąd oczyścił pamięć Dra Seidla od wszelkiej winy, a oskarżenie asystentów uznał za nieuzasadnione.

W toku procesu bracia Dra Seidla nazwali postępowanie asystentów denuncyatorskiem i oszczerczem: za te wyrazy prokuratorya wytoczyła im sprawę karną: tego już zanadto było mieszkańcom nie tylko miejscowym, lecz i dalej zamieszkałym; tłumy otaczały gmach sądowy, opinia ogólna ujęła się za oskarżonymi braćmi i demonstracyjnie wyraziła swą radość, gdy i ta sprawa zakończyła się niekorzystnie dla asystentów Dra Seidla.

Nie tylko ze stanowiska etyki koleżeńskiej krok asystentów Dra Seidla jest ohydny: człowiek, który nie może przeżyć takiego przeciwieństwa, jak oszczercze oskarżenie, taki bowiem był wynik dochodzenia śledczego, jest już nieprawidłowym, a bardzo być może, że jest w przededniu wybuchu jakiejś choroby układu nerwowego; więc jeśli i popełnia w czynnościach swoich pewne niedokładności, opuszcza się, to zmysł koleżeństwa powinien był wskazać jego pomocnikom i kolegom drogę dopomożenia, zastępstwa, zresztą przestrzeżenia bezpośredniej władzy lekarskiej itd., a nie oskarżenia, nie rzucenia potwarzy.

Ciężkie życie, które sobie wytworzyli niekoleżeńscy asystenci Dra Seidla wobec oburzonej opinii publicznej, potępienia przez niemiecką prasę lekarską, a wątpić nie należy i wyrzutów sumienia, jest zasłużoną karą dla nich, a przestrogą dla ogółu lekarzy wszystkich krajów i narodów, jak ciężko mści się wszelkie naruszenie elementarnych praw etyki koleżeńskiej.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 12 Maja.

VIII my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 8—10 Sierpnia r. b.

W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami:

Dr. Steinhaus z Warszawy: 1) Przypadek *retinitis albuminurica* z całkowitem obustronnem odklejeniem siatkówki.

2) *Neuroepithelioma retinae mixtum.*

3) Odklejanie siatkówki. Badania doświadczalne.

Dr. Kurtz Stanisław z Warszawy:

1) O zastósowaniu gorącej pary w praktyce ginekologicznej.

Dr. Jaworski Józef z Warszawy:

1) W sprawie rokowania zejścia i leczenia pewnych zachorowań przydatków macicznych.

2) Temat zastrzeżony.

Prof. Prus ze Lwowa:

1) O patogenezie epilepsyi.

2) O umiejscowieniu środków ruchomych w korze móżdżka.

Dr. Stankiewicz z Warszawy:

1) Uwagi praktyczne przy kruszeniu kamieni moczowych.

2) Trudności radykalnego operowania nowotworów pęcherza moczowego z demonstracyą.

3) Ważność cystoskopii przy rozpoznawaniu siedliska krwiomoczu (haematuria).

4) Korzyść wczesnego wyłuszczenia kości skokowej (astragalus) przy zajęciu gruźliczem stawu skokowego.

Dr. B. Motz, asystent kliniki profesora Guyona z Paryża:

1) O najnowszych teoryach przerostu gruczołu krokowego.

2) Sześćdziesiąt przypadków nowotworów pęcherza. Studyum kliniczne i anatomopatologiczne.

3) O roponerczu.

Dr. L. Szuman (Toruń).

1) O wynikach doszczętnych operacyj przepukliny.

2) O leczeniu dolegliwości pęcherzowych, wynikających z przerostu gruczołu krokowego.

Ze względu, że już teraz zgłosiło się wielu uczestników z odczytami treści doświadczalnej, wyznaczone będzie, podczas Zjazdu, jedno posiedzenie wyłącznie dla odczytów, połączonych z doświadczeniami.

* *Zjazd chirurgów polskich* w tym roku połączy się z sekcyą chirurgiczną Zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu.

Prof. Rydygier
przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich.

* »Kuryer codzienny« podaje radosną nowinę o rozpoczęciu wydawnictwa »Słownika języka polskiego«. Nazwaliśmy tę wiadomość radosną, gdyż słownik Lindego i Wileński są już bibliograficzną rzadkością i nieodpowiadają dzisiejszemu bogactwu języka polskiego. Łudziliśmy się długo, że dzieło tej doniosłości wyjdzie z krakowskiej Akademii Umiejętności, od której lata całe wyczekiwaliśmy ostatecznego słowa w sprawie pisowni i słownictwa; lecz nazwiska ludzi, którzy w swe ręce wzięli tę wielką pracę, duch obywatelski wiejący z »zapowiedzi« wydawnictwa, każą najlepiej wróżyć o przyszłym Słowniku.

Piszemy tę notatkę głównie ze względu na tę okoliczność, że Słownik obejmie i wyrazownictwo chemiczne, które opracował p. Bronisław Znatowicz, oraz lekarskie ułożone przez dra Józefa Peszke. Wiadomo powszechnie, że Komisya terminologiczna krakowskiego Towarzystwa lekarskiego postąpiła znacznie w przygotowaniu materyału do wydania »Słownika terminologii lekarskiej polskiej« i że VI-ty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich uchwalił rezolucyę, ażeby przyszły Słownik krakowski został ułożony na podstawie, że się tak wyrazimy, kompromisu i uzyskanej zgody wszystkich dotychczas różniących się między sobą czynników. To zalecenie VI-go Zjazdu, będące w zupełnej zgodzie z intencyami krakowskiej komisyi terminologicznej, jest jednocześnie dla niej postulatem kierowniczym. Owoż jeśli do ogólnego »Słownika języka polskiego« wejdzie wyrazownictwo lekarskie i chemiczne bez poprzedniego jego ujednostajnienia, to upokarzający chaos w terminologii naszej dziesiątki następnych lat trwać będzie. Mamy jednak rękojmię w osobach, które kierują tą sprawą w Warszawie i Krakowie, że dojdą one do porozumienia i usuną tę rażącą nieprawidłowość, która dotkliwie obraża pojęcie jedności duchowej naszego narodu.

* Jak wiadomo, surowicę przeciwbłoniczą, jeśli ma być skuteczną, należy stosować o ile możebne najwcześniej. Zasada ta trafia na wielkie trudności w miejscowościach oddalonych od źródła wyrabiania surowicy. Przyklasnąć więc należy uchwale bocheńskiej Rady powiatowej, która, na wniosek Dra Cz. Gorskiego, przeznaczyła roczny ryczałt na zakupno surowicy i rozdanie jej między lekarzy w powiecie, a to w celu stosowania jej u chorych ubogich. Do tak pomyślnego rozwiązania tej sprawy wielce przyczynia się oświadczenie prof. Bujwida, który podejmuje się, w razie zażądania, wymieniać surowicę zmętniałą na świeżą. Ufajmy, że Rada powiatowa bocheńska znajdzie naśladowców.

* Rosyjski minister spraw wewnętrznych zatwierdził ustawę zawiązującego się »Towarzystwa higienicznego warszawskiego«. Pierwsze posiedzenie organizacyjne członków założycieli odbędzie się w ciągu m. Maja.

* Dziekan Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze fizyologii z płacą roczną 600 złr. — od 1 czerwca b. r. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15 maja, 1898 r

(K.) Z powodu licznych zapytań Administracya Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie podaje do wiadomości, że prenumeratorem Wydawnictwa może być każdy lekarz, przyrodnik, lub słuchacz Wydziału lekarskiego, który wnosi roczną składkę w kwocie 2 złr. w. a. Członkiem czynnym Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich staje się ten, kto, obok wkładki rocznej 2 złr., jednorazowo wnosi, tytułem wpisowego, 10 złr. w. a.

Tak członkowie czynni, jako też prenumeratorowie mają prawo do otrzymywania bezpłatnego premij rocznych.

Adres Administracyi: Dr. Stanisław Kwiatkowki, Kraków, klinika lekarska.

* W Pradze czeskiej zawiązał się Komitet dla obesłania VIII go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Przewodniczącym Komitetu wybrany został Dr. Hlava, sekretarzami: prof. Chodounský i Dr. Heveroch, skarbnikiem doc. dr. Haškovec — członkami: prof. Janowský, prof. Maixner, prof. Maydl, dr. Nečas, dr. Panýrek, doc. Pešina. dr. Veselý, dr. Vlasák.

Ten udział lekarzy bratniego narodu, tak poważnie zapowiadający się, nada Zjazdowi poznańskiemu więcej doniosłości i przysporzy znaczenia.

* Dr. Ullmann, docent chorób skórnych i kiłowych w Uniw. wiedeńskim, uprasza nas o doniesienie, że i w roku bieżącym podczas sezonu letniego ordynować będzie w Badenie pod Wiedniem.

Mianowania. Namiestnik zamianował koncypistami sanitarnymi następujących asystentów sanitarnych: Dra Tadeusza Milewskiego w Horodence, Dra Edwarda Piotrowskiego w Rudkach, Dra Leona Fuchsa w Pilźnie i Dra Antoniego Biesiadzkiego w Bohorodczanach.

Nekrologia. Dr. Stanisław Wojcicki, wychodźca z r. 1848, urodzony w b. województwie krakowskiem, szkoły średnie ukłończył w Kielcach, a uniwersytet — w Dorpacie, żołnierz polski z roku 1831, lekarz legionu generała Zamoyskiego podczas wojny krymskiej, zmarł w Plojesztach (Rumunia) w 83 r. życia. Dr. Władysław Dalbor, lat 36, zmarł w Trzemesznie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 5: Dra Nusbauma H.: O ważności wykształcenia filozoficznego dla lekarzy. Dra Higiera: W kwestyi etyologii i istoty nerwic czynnościowych. Dr. Peszke: Wojciech Oczko jako chirurg. Dr. Zahorskiego: Dr. Julian Titius (wspomnienie pośmier.). Dr. Biegańskiego W.: Dr. Dawid Wassercug (wspomnienie pośmiertne). W *Zdrowiu* Nr. 152: artykuł wstępny o postępach higieny. Dra Nowaka J.: Miasto powiatowe Garwolin pod względem zdrowotnym. Dra Buszka (Kraków): Sprawozdanie zdrowotne uzupełniające za rok 1896 (c. d.). Dra Polaka: Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych. W *Medycynie* Nr. 19: Doc. Korczyńskiego L.: Kilka uwag o Szczawnicy, jako stacyi klimatycznej dla chorych gruźliczych. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 19: Dr. Pławskiego A.: Kilka słów o różyczce. Dr. Dydyńskiego L.: Komórka nerwowa w świetle badań najnowszych.

Redakcya otrzymała:

— Dr Sieradzki: O tak zwanej przemianie tłuszczowej zwłok. Kraków, 1898).

— Tenże: Kasuistische Mitteilungen aus dem gerichtsärztlichen Institute der k. k. Uniwersität in Krakau.

— Dr. Spira: Menière'sche Symptome (odbitka ż »Bibliothek der Gesammten Medic. Wissenschaften«).

— Dr. Jaworski Józef: Przypadek niedorozwoju przewodu rodnego (odbitka z »G. L«.) Warszawa, 1898.

— Dr. Ciechanowski S. i Urbanik R.: Materyały do geografii wola i matołectwa w Galicyi. Kraków, 1898.

— Prof. Dr. Trzebicky R.: Zabiegi chirurgiczne w chorobach żołądka Kraków, 1898.

— Dr. Majewski K.: Ueber frisch gelöschten als eine Wärmequelle in der Krankenpflege (odbitkta). Berlin, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 18-go Maja, to jest we środę o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum", w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym wygłoszą odczyty:

1) Kolega Prof. Dr. Obaliński przedstawi chorego, u którego z powodu nerwobólu w zakresie nerwu trójdzielnego usunął *Ganglion Gasseri*.

2) Kolega Prof. Dr. Browicz: wyłoży rzecz: O zjawiskach krystalizacyi komórki wątrobnej.

Do numeru niniejszego dołacza się dodatek:

1) **List otwarty Dra M. Cerchy.**

2) **Prospekt pensyonatu w willi „pod trzema Różami" w Krynicy.**

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.